This is a digital copy of a book that was preserved for generations on library shelves before it was carefully scanned by Google as part of a project to make the world's books discoverable online.

It has survived long enough for the copyright to expire and the book to enter the public domain. A public domain book is one that was never subject to copyright or whose legal copyright term has expired. Whether a book is in the public domain may vary country to country. Public domain books are our gateways to the past, representing a wealth of history, culture and knowledge that's often difficult to discover.

Marks, notations and other marginalia present in the original volume will appear in this file - a reminder of this book's long journey from the publisher to a library and finally to you.

Usage guidelines

Google is proud to partner with libraries to digitize public domain materials and make them widely accessible. Public domain books belong to the public and we are merely their custodians. Nevertheless, this work is expensive, so in order to keep providing this resource, we have taken steps to prevent abuse by commercial parties, including placing technical restrictions on automated querying.

We also ask that you:

+ *Make non-commercial use of the files* We designed Google Book Search for use by individuals, and we request that you use these files for personal, non-commercial purposes.

+ *Refrain from automated querying* Do not send automated queries of any sort to Google's system: If you are conducting research on machine translation, optical character recognition or other areas where access to a large amount of text is helpful, please contact us. We encourage the use of public domain materials for these purposes and may be able to help.

+ *Maintain attribution* The Google "watermark" you see on each file is essential for informing people about this project and helping them find additional materials through Google Book Search. Please do not remove it.

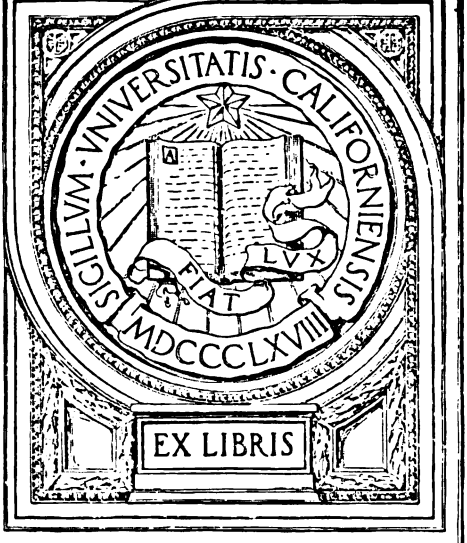
+ *Keep it legal* Whatever your use, remember that you are responsible for ensuring that what you are doing is legal. Do not assume that just because we believe a book is in the public domain for users in the United States, that the work is also in the public domain for users in other countries. Whether a book is still in copyright varies from country to country, and we can't offer guidance on whether any specific use of any specific book is allowed. Please do not assume that a book's appearance in Google Book Search means it can be used in any manner anywhere in the world. Copyright infringement liability can be quite severe.

About Google Book Search

Google's mission is to organize the world's information and to make it universally accessible and useful. Google Book Search helps readers discover the world's books while helping authors and publishers reach new audiences. You can search through the full text of this book on the web at `http://books.google.com/`

UC-NRLF
B 3 749 113

UNIVERSITY OF CALIFORNIA
MEDICAL CENTER LIBRARY
SAN FRANCISCO



MONATSHEFTE

FÜR

PRAKTISCHE DERMATOLOGIE.

UNTER MITWIRKUNG VON:

PROF. DR. CH. AUDRY IN TOULOUSE, DR. C. BECK IN BUDAPEST,
DR. C. BERLINER IN AACHEN, PRIV.-DOC. DR. TH. BURI IN BASEL,
DR. E. DELBANCO IN HAMBURG, PRIV.-DOC. DR. E. HEUSS IN ZÜRICH,
DR. M. HODARA IN CONSTANTINOPEL, DR. L. LEISTIKOW IN HAMBURG,
PROF. DR. V. MIBELLI IN PARMA, DR. H. C. PLAUT IN HAMBURG

HERAUSGEGEBEN VON

P. G. UNNA UND P. TAENZER.

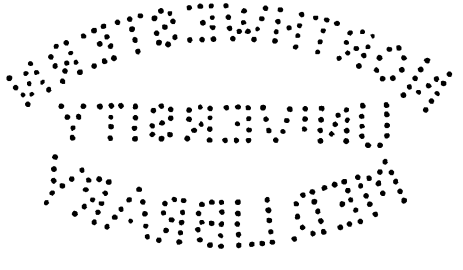
FÜNFUNDDREISSIGSTER BAND.

1902.

JULI BIS DEZEMBER.

MIT 5 TAFELN UND 4 ABBILDUNGEN IM TEXT.

HAMBURG UND LEIPZIG,
VERLAG VON LEOPOLD VOSS.
1902.



Druck der Verlagsanstalt und Druckerei Actien-Gesellschaft
(vorm. J. F. Richter) in Hamburg.

Inhalt.

Originalabhandlungen.

(Die mit * bezeichneten bilden die Rubrik „Aus der Praxis".)

Seite

Über die durch Primelgift hervorgerufene Entzündung, von Wilhelm Wechselmann 1
*Über die Wandungen gonorrhoischer Abscesse des Penis, von Ch. Audry 10
Beiträge zur Ätiologie der Cystitis, von Berthold Goldberg 13
Zur Pathologie des elastischen Gewebes, von E. Delbanco 57
Eine Modifikation der Pappenheimschen Färbung auf Granoplasma, von P. G. Unna 76
*Zur Spickmethode, von Richter 81
Über Stypticin. II. Mitteilung. Stypticin als lokales Antiphlogisticum, von R. Kaufmann 97
*Imprägnierte medikamentöse Puder, von G. J. Müller 102
Zur Differentialdiagnose der Syphilis und syphilitischen Arzneiexantheme, von Carl Berliner 137
*1. Alopecia areata totalis (maligna) mit Nagelatrophie. 2. Genuine Hodenatrophie, Azoospermie und Impotentia coeundi, von Leonhard Leven 149
Pagets disease, von R. Matzenauer 205
Über das Vorkommen von Geifseln beim Rhinosklerombacillus und über die Agglutinationserscheinungen desselben, von A. Pasini 213
Über eine Verbesserung in der Behandlung der schweren Formen der Syphilis, von Leredde 218
*Akute Sehnervenentzündung als eine der ersten Erscheinungen sekundärer Lues, von A. Grosglick und G. Weissberg 228
*Über Onychoschisis lamellina, von Wilhelm Wechselmann 233
Die Hautsarkomatose. Klinische und histopathologische Studie von M. Pelagatti 249
Histologisches über Kaliätzung, von Rasch 261
*Eine seltene Lokalisation des syphilitischen Primäraffekts, von A. Arnheim ... 261
*Zur Behandlung der chronischen Gonorrhoe mit Oberländerschen Dilatatoren, von Hermann G. Klotz 285
Erfahrungen über den therapeutischen Effekt der Quecksilber-Vasogensalbe, von J. Arnold Goldmann 301
Zur Kenntnis des Diosmal Runge (Extract. Foliorum Bucco) und seine Anwendung in der Behandlung der Harnkrankheiten, von Moritz Fürst 307
Einige Worte als Entgegnung an Herrn Dr. Delbanco in betreff der sogenannten Zelleneinschlüsse, von M. Pelagatti 311
Zur Naftalanbehandlung des Ekzems, von D. Awerbach 357
Über Tätowierungen bei Frauenzimmern der öffentlichen und geheimen Prostitution, von R. Bergh 370
Ein Fall von Neurofibromatosis mit starker Beteiligung der Haarbälge, von Adam von Karwowski 409

83281

Seite

Ein Fall von multipler circumskripter Sklerodermie, von W. B. Warde 419
Muskelsyphilis im Frühstadium, von Rudolf Matzenauer 465. 523
*Verbesserung der Zinkleimdecke, von Rasch 477
Ein Fall von positivem Gonokokkenbefund in einem epididymitischen Abscefs, von Adam v. Karwowski 517
Zur Histologie des elastischen Knorpels, von Rasch 565
Eine neue Färbungsmethode für Kollagen, von Antonia Marullio 578
*Zu der von Dr. Rasch vorgeschlagenen Verbesserung der Zinkleimdecke, von A. Sack 580

Versammlungen.

Berliner dermatologische Gesellschaft. Originalbericht von Dr. F. Pincus-Berlin 104. 152. 540
Moskauer venerologische und dermatologische Gesellschaft. Originalbericht von Arthur Jordan-Moskau 106. 488
17. Jahresversammlung der British medical Association, abgehalten zu Manchester 30. Juli bis 1. August 1902 377
Die venerischen Krankheiten und ihre Bekämpfung. Originalbericht von der Brüsseler Prophylaxe-Konferenz, von Dr. Hopf-Dresden 479
Société Belge de Dermatologie et de Syphiligraphie 490
Gesellschaft der Charité-Ärzte 542

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis 107. 154. 284. 286. 425. 542
Dermatologische Zeitschrift 111. 430
Dermatologisches Centralblatt 114. 243. 315. 430
Monatsberichte für Urologie 115. 244. 320. 483
Annales des maladies des organes génito-urinaires 116. 245. 325. 436. 551
The British Journal of Dermatology 118. 293. 379. 550
Journal of cutaneous and genito-urinary diseases 119. 297. 434
Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle 120. 327. 552
American Journal of Dermatology and genito-urinary diseases 159
Journal des maladies cutanées et syphilitiques 163. 321. 380
Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane 244. 499
Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique 488. 501
Russische Zeitschrift für Dermatologie und venerische Krankheiten 494
Lepra 581
Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie 582
Bolletino delle malattie veneree, sifilitiche, urinarie e della pelle 583

Bücherbesprechungen.

Jessners dermatologische Vorträge für Praktiker. Die ambulante Behandlung der Unterschenkelgeschwüre 33
Die Masturbation, von Rohleder 34
Die Verletzungen und Krankheiten der Prostata, von Socin, Burckhardt, Kaufmann 165
Handbuch der Hautkrankheiten, von Mračok 167
Handbuch der Syphilis, von Berdal 171
Die gichtischen — harnsauren — Ablagerungen im menschlichen Körper, von Kittel 171
Behandlung des Harnröhrentrippers und seiner Komplikationen beim Manne, von v. Zeissl 172

Seite

Jessners dermatologische Vorträge für Praktiker. Dermatologische Heilmittel ... 173
Das sexuelle Leben der Naturvölker, von Jos. Müller ... 174
Das sexuelle Leben der alten Kulturvölker, von Jos. Müller ... 175
Der Aussatz in der Schweiz, von Bühler ... 300
Weitere kritische Bemerkungen zum gegenwärtigen Stand der Plasmazellenfrage nebst einem Anhang, die Histogenese des Tuberkels betreffend, von Pappenheim ... 329
Die Blastomykose, von Buschke ... 332
Einführung in die Farbstoffchemie für Histologen, von Michaelis ... 332
Lehrbuch der venerischen Krankheiten, von v. Zeissl ... 333
Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, von Rille ... 334
Die venerischen Krankheiten in den warmen Ländern, von Scheube ... 382
Über chemische Umsetzungen zwischen Eiweißkörpern und Anilinfarben, von Heidenhain ... 388
Les champignons parasites de l'homme, von Bodin ... 553
Über das Wesen und die Heilbarkeit des Lupus erythematodes discoides, von Breda ... 554
Handbuch der speziellen inneren Pathologie und Therapie, von de Giovanni . 554
Krankheiten der Haut, von Mibelli ... 554
Beiträge zur Histologie der Pityriasis versicolor, von Hlateky ... 555
Die Behandlung der Blennorrhoe mit Albargin, von Tóth ... 555
Über die bei Hereditärsyphilitikern im Gesichte auftretenden linien- und strahlenförmigen alten Hautveränderungen, von Poór ... 556
Das Peruol, ein neues Antiscabium, von Szabóky ... 556
Ein Fall von Perifolliculitis infolge von Darmautointoxikation, von Szabóky... 557
Über Syphilis der Orbita, von Goldzieher ... 557
Zur Prophylaxe der Geschlechtskranken, von Uhl ... 557
La pratique dermatologique, von Besnier, Brocq, Jacquet ... 557
Beitrag zum Studium der Lepra: Die Ätiologie der Lepra, von Paraskevas... 559
Veröffentlichungen der deutschen Gesellschaft für Volksbäder ... 560
Praktische Kosmetik für Ärzte und gebildete Laien, von Eichhoff ... 583
Ärztliches Jahrbuch, herausgegeben von Grolmann ... 584
Über die ehelichen Erkrankungsgefahren, von Cazalis ... 584
Beiträge zur Kenntnis der Lepra der oberen Luftwege und der Verbreitung der Leprabacillen, von Gerber ... 585
Über die Ätiologie und die Prophylaxe der Leprakrankheiten, von Fürst ... 585

Systematische Übersicht der Referate.

I. Allgemeines.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Über die sogenannten Plasmazellen in den Hautgranulomen — Morphologie, Ursprung, Schicksal und Funktion, von P. L. Bosellini ... 122
Mikroskopische Untersuchungen über die Bedeutung der Reaktionszone nach Tuberkulin-Injektionen, von Victor Klingmüller ... 158
Beitrag zum Studium des Glycogens in der Haut bei Hauterkrankungen, von P. L. Bosellini ... 288
Über einen bisher unbekannten Nebenapparat am Haarsystem des Menschen; Haarscheiben, von Felix Pinkus ... 316
Über einige Lebensvorgänge in der menschlichen Epidermis, von Ludwig Merk 335
Gedanken über den Ursprung der wichtigsten geweblichen Bestandteile des Blutgefäßsystems, von R. S. Bergh ... 336
Bemerkung zur Arbeit von Alexander Gurwitsch „Über die Haarbüschel der Epithelzellen im Vas epididymis des Menschen", von Hugo Fuchs ... 336
Hautpigment beim Menschen und bei den Affen, von B. Adachi ... 336
Über Plasmazellen, von J. Himmel ... 497. 498

Bakteriologie.

Seite

Über den Pilz des Favus der Maus (Achorion Quinckeanum), von E. Bodin.... 340
Über den Nachweis feinerer Wachstumsvorgänge in Trichophyton- und anderen Fadenpilzen mittels Neutralrot, von J. Plato und H. Guth 340
Zur Biologie der Gonokokken, von H. Wildbolz..... 341
Bacillus, der zweimal aus dem Blute eines Syphilitikers gezüchtet wurde, von Paulsen 341
Betrachtungen über de Lisles und Julliens Syphilisbacillen, von v. Niessen.... 341
Experimentalstudien über den Einfluſs von Farbenveränderungen auf Pigmentbakterien, von C. A. Oliver..... 342
Tinea mikrosporon der Katze, von Leslie Roberts 379
Zur Immunität der Tiere gegen den Bacillus des weichen Schankers, von J. Himmel..... 495

Mikroskopische Technik.

Die mikroskopische Technik im Dienste der Dermatologie, von R. Ledermann und S. Blanck..... 118. 319. 433
Über die sogenannten Plasmazellen in den Hautgranulomen — Morphologie, Ursprung, Schicksal und Funktion, von P. L. Bosellini..... 328
Zur dermato-histologischen Technik, von Erich Hoffmann..... 337
Über Mastzellen in Exsudaten. Ein Beitrag zur Frage der aktiven Lymphocytose, von Alfred Wolff..... 337
Über Mastzellen, von L. Michaelis..... 337
Beiträge zum Studium der Mastzellen und der Mastzellen-Leukocytose, von C. Levaditi..... 338
Über Granula in Lymphocyten, von Leonor Michaelis und Alfred Wolff.. 339
Zur Theorie der Fettfärbung, von L. Michaelis 339
Über die sogenannten Einschlüsse der Tuberkelriesenzellen, von F. Sprecher.. 339
Über gewebliche Einschlüsse in Plattenepithelkrebsen, vornehmlich der Haut, nebst Bemerkungen über das Krebsgerüst, von Karl Zieler..... 425. 548
Beitrag zur vitalen Färbung des blennorrhoischen Urethralsekretes, von Eugen Biebergeil..... 547

Hygiene.

Zur Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten, von R. Michels..... 114
Venerische Krankheiten in unseren überseeischen Besitzungen, mit einigen Bemerkungen über Verhütung und Behandlung derselben, von W. D. Shelby 159
Ein statistischer Beitrag zur Prophylaxe der geschlechtlichen Krankheiten, von R. Loeb..... 315
Von der Herkunft der venerischen Krankheiten, von Ch. Audry..... 322
Bericht der Siebener-Kommission über die Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten in der Stadt New York, von A. Morrow..... 342
Versuch einer Prophylaxe der venerischen Krankheiten, von G. Fischer..... 343
Eine Heilstätte für Geschlechtskranke 343
Über Ehe und venerische Krankheiten, von Lesser..... 343
Die Untersuchung von Ehestandskandidaten mit Bezug auf vorangegangene Geschlechtskrankheiten, von Reinhold Ledermann..... 344
Die Belehrung des Publikums über die venerischen Krankheiten, von O. Lassar 433
Die venerischen Krankheiten und ihre Bekämpfung 479
Haftbarkeit für Übertragungen von Syphilis und venerischen Krankheiten auf andere Personen 482
Resultate der bakteriologischen Sekretuntersuchungen bei den Prostituierten in Dorpat, von C. Strömberg 496. 497
Die Bedeutung der russischen Dampfbäder im Kampfe gegen die ansteckenden Hautkrankheiten, von O. Petersen..... 499
Über die Statistik der venerischen Krankheiten unter den Studenten, von W. Favre 499
II. internationale Konferenz in Brüssel, von Blaschko..... 541
Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, von Lesser. 542
Zur Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten, von F. Uhl..... 557
Veröffentlichungen der deutschen Gesellschaft für Volksbäder..... 560

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Seite

Untersuchungen über die Toxicität des Blutserums bei frischer Pellagra und über die antitoxische Kraft des Blutserums geheilter Pellagrakranker, von G. Antonini und A. Mariani 113
Erster Beitrag über die Restitutio ad integrum der Haut bei Entzündungen, von Carlo Vignolo 121. 327
Über den Verbrennungstod, von St. Weidenfeld 240. 290
Über „kolloide Degeneration" der Haut, speziell im Granulations- und Narbengewebe, von F. Juliusberg 287
Nekrose der Haut in Verbindung mit Cirkulationsstörungen, von James Galloway 293
Über die Necrosis sicca circumscripta der Haut durch atmosphärische Einflüsse, von L. Philippson 328
Die Empfänglichkeit hungernder Tiere für pyogene Hautinfektionen, von G. B. Fiocco 344
Über einige Veränderungen in den Lymphdrüsen bei den dystrophischen Dermopathien, von Vincenzo Montesano 344
Die Rolle der Lymphdrüsen bei der tuberkulösen und syphilitischen Infektion, von Jullien 345
Ablagerung von Phosphaten und Karbonaten im Haut- und Unterhautgewebe unter den klinischen Erscheinungen echter Gicht, von H. Wildbolz 345
Abschuppung, von J. Reid 346
Die histologischen Veränderungen, welche durch die Lichtbehandlung hervorgerufen werden, von Mac Leod 379
Zur Kenntnis der strichförmigen Erkrankungen, von J. Bertamini 426
Über die Rolle der Lymphdrüsen bei tuberkulöser und syphilitischer Erkrankung. Therapeutische Indikationen, von Verchère 488
Straßenschmutz und Hautaffektionen bei Tieren, von A. Mouquet 440
Die Beziehungen zwischen Hautkrankheiten und den Größenverhältnissen des Magens. — Über die Notwendigkeit, zu gleicher Zeit sowohl die Hautaffektionen lokal als auch die begleitenden Magenstörungen zu behandeln, von L. Butte 501
Über Verkalkung der Haut, von P. Thimm 542
Neue biologische Beziehungen zwischen Epithel und Bindegewebs-Desmoplasie, von E. Kromayer 546
Die Dickenschwankungen des Kopfhaares des gesunden und kranken Menschen, von U. Matsuura 545
Die Acidität des Blutes in ihren Beziehungen zu einigen Hautkrankheiten, von A. Borri 553

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Plastische Maßnahmen zur Korrektur von Defekten, von Henning 106
Betrachtungen über das Jodipin, von E. Feibes 113
Über Bromocollum solubile, von Max Joseph 114
Die Veränderungen der Blase nach Cystitis dissecans gangraenosa, von W. Stoeckel 115
Betrachtungen und Untersuchungen über die Wirkung der Massage auf die Haut, von G. B. Fiocco und G. B. Lecatelli 122
Die baktericide Kraft des Lichtes, von Nagelschmidt 153
Platos Versuche über die Herstellung und Verwendung von „Trichophytin", von A. Neisser 156
Experimentelle Untersuchungen über die gleichzeitige Darreichung von Quecksilber- und Jodpräparaten, von Fritz Lesser 157
Die therapeutische Verwendung des Jodipins bei venerischen Krankheiten, von Karl Holzhauser 163
Über Resorbin, von R. Ledermann 300
Die aseptische Methode in der Behandlung der Hautkrankheiten, von L. V. Leredde 346
Die therapeutischen Maßnahmen bei Hautkrankheiten, von Albert E. Carrier 346
Die exfoliierende Methode bei der Behandlung der Dermatosen (Akne, Lichenifikation, Psorospermose), von Leredde 347
Kommentar zu Methoden und Präparaten Schleichs, von Wittkowski 347
Die Behandlung einiger, häufig in der Praxis vorkommender Fälle, von C. W. Canan 347
Allgemeine Bemerkungen über die Behandlung von Geschwüren, von G. B. Beeler 347

Seite

Beitrag zum Studium der sogenannten desinfizierenden Seifen, mit besonderer Berücksichtigung der Kreolinseifen, von C. Tonzig 348
Heilung grofser Weichteil- und Hautdefekte der Extremitäten mittelst gestielter Hautlappen aus entfernten Körperteilen, von Elbogen 348
Hautverpflanzung nach der Methode Wolfe-Krause, von H. M. W. Gray 348
Balneologie und Dermatologie, von E. Vollmer 348
Einige kleine praktische Winke für die dermatologische Therapie, von J. M. Koch 348
Über die Lichtbehandlung von Hautaffektionen nach der Finsenschen Methode, von E. Lesser 348
Über das Wesen und die Fortschritte der Finsenschen Lichtbehandlung, von Arnold Sack 349
Über den Einfluſs dissociierender Strahlen auf organisierte Substanzen, insbesondere über die bakterienschädigende Wirkung der Becquerel-Strahlen, von E. Aschkinass und W. Caspari 349
Die Wirkung der kalten „Eisenstrahlen“ der Dermo-Lampe, von E. Below 349
Röntgenstrahlen in der Behandlung der Hautkrankheiten, von W. A. Pusey ... 350
Der gegenwärtige Stand der Röntgentherapie, von Eduard Schiff 350
Beitrag zur therapeutischen Verwertung der Röntgenstrahlen, von T. Sjögren und E. Sederholm 350
Erwiderung auf die „kritischen Bemerkungen über den von Grouven in der Niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Bonn gehaltenen Vortrag über Röntgentherapie bei Hautkrankheiten von R. Hahn“, von Grouven .. 351
Entgegnung auf vorstehende Erwiderung, von R. Hahn 351
Über die physiologische Wirkung und therapeutische Anwendung hochgespannter Ströme von starker Wechselzahl (Arsonvalströme), von A. Stembo 351
Über Schwefelwasser und Hautkrankheiten, von Axel Winckler 351
Das Atoxyl (Metaarsensäureanilid), ein neues Arsenpräparat, und dessen dermatotherapeutische Verwendung, von Walter Schild 352
Über die therapeutische Verwendung des kakodylsauren Natrons und die intravenöse Arsenbehandlung, von F. Mendel 353
Die Derivate des Formaldehyds bei Behandlung der Intertrigo, Hyperhydrosis und einigen anderen Formen von Ekzem, von Weljamowitsch 353
Ein Fall von schwerer Pyrogallolvergiftung, von Paul Rusch 353
Anwendung des Chinosol (oxychinolin-sulfosaures Kalium), von Fr. Kipp 353
Orthoformausschläge, von W. Dubreuilh 353
Beitrag zur Einwirkung des Quecksilbers durch Verdunstung, resp. Einatmung, von J. H. S. 354
Über Quecksilberzittern, von S. Erben 354
Das Hermophenyl als Antisepticum und Antisyphiliticum, von Alfred Martinet 355
Über Radio- und Phototherapie, von L. Freund 377
Die Phototherapie in der Dermatologie, von A. Chatin und M. Druelle 380
Die Quecksilbereinspritzungen, von Jullien 381
Hermophenyl, ein neues merkurielles Antisepticum, von L. Bérard 384
Behandlung der Syphilis mit Hermophenylinjektionen, von Henry Reynès 384
Über Unguentum Hydrargyri colloidalis (Merkurkolloid), seine Anwendungsweise und Wirkung, von Georg Scholem 384
Über praktische Erfahrungen mit der Merkurkolloidbehandlung unter besonderer Berücksichtigung des chemischen Nachweises der Quecksilberausscheidungen, von Oskar Werler 385
Hydrargyrum lacticum, von Gaucher 385
Vorläufige Untersuchung über die subcutanen Einspritzungen von Cacodylatum hydrargyro-jodatum, von L. Brocq, Civatte und Fraisse 385
Tötliche Quecksilbervergiftung nach Kalomelinjektionen, von Chauffard 385
Über Hautaffektionen nach dem Gebrauche von Aureol, von M. Wolters 430
Ein Fall von Arsenintoxikation, von O. Rosenthal 431
Die Behandlung der dermatologischen und venerischen Erkrankungen durch Ströme von hoher Spannung und hoher Frequenz, von H. Lebon 438
Die Lichtheilmethode-Apparate, von François 493
Ein Korrigens bei Injektionen von Quecksilber und Jod, von Bretonneau 502
Physiologische und therapeutische Wirkung des Guako. — Behandlung der pruriginösen Hautaffektionen 502
Experimentelle Untersuchungen über die physiologische und therapeutische Wirkung von wässerigem Extrakt von Guako, von L. Butte 508

Seite
Massage der Geschwüre, von Munter 504
Einige Versuche, betreffend den Einfluſs des Lichtes auf das Wachstum der Haare und seine therapeutische Anwendung bei der Alopecia areata, von H. E. Schmidt 547
Das Peruol, ein neues Antiscabiosum, von Szabóky 556

II. System der Hautkrankheiten.

A. *Angioneurosen.*

Über einige Formen von Prurigo diathésiques de Besnier, von Menahem Hodara 380
Fall von Raynaudscher Krankheit, von H. A. Cummins 386
Über Hautausschläge bei Anwendung von Diphtherie-Antitoxin, von A. Stanley 386
Welche Zwischenfälle vermag das Chinin hervorzurufen? von Alfred Martinet 386
Zur Roseolenuntersuchung auf Typhusbacillen, von Camillo Seemann 387
Ein Beitrag zur Kasuistik des akuten umschriebenen Ödems (Epileptische Insulte im Verlaufe des Hydrops hypostrophos), von Carl v. Rad 388
Pellagra, von Giovanni Galli 387
Von der Pellagra, von Félix 387
Erythema multiforme dolorosum im Anschluſs an eine Injektion von Antistreptokokkenserum, von Duhot 388
Segmentartiges Ödem, von Debove 389
Untersuchungen über den Skorbut, von Pierre Thomas und Albert Morel. 389
Purpura haemorrhagica bei Genitaltuberkulose, von Gossner 389
Purpura métamérique minutissima, von H. Roger 389
Ein intensiver Fall von Dermographie, von Cruyl 492
Prurigoartige Hauterkrankungen mit der Hyperplasie lymphadenoiden Gewebes, von Buschke 541
Angiokeratome am Scrotum, von Buschke 541

B. *Entzündungen.*

I. Traumatische.

Über Karboldermatitis, von W. Fornet 109
Zwei Fälle eines seltenen Bromausschlages, von T. F. Wallhauser 120
Partielle Gangrän nach Injektion einer öligen Lösung von Hydrargyrum bijodatum, von Pflüger 288
Quecksilbervergiftung mit tötlichem Ausgange nach Einspritzungen von Hydrargyrum salicylicum, von R. Neubeck 316
Über die durch einige Primelarten hervorgerufene Hautentzündung, von A. Lanz 390
Primula obconica als Krankheitsursache, von Dreyer 390
Die radiographischen Verbrennungen, von Maxime Ménard 391
Die Filzhutfabrikation; die verschiedenen Phasen und Hygiene derselben, von C. Porter 391
Die elektrische Behandlung der Fissura dolorosa ani, von A. Zimmern und A. Laquerrière 391
Zur Frage der Arsenikdermatose, von Rille 391
Eine neue Krankheit — die Chlordermatitis nach Elektrolyse, von Paul Fumouse 391
Chemische Abcesse infolge gleichzeitiger Jod- und Quecksilberdarreichung, von R. Duhot 392
Zur Kasuistik der peripheren Gangrän bei Phosphorvergiftung, von Franz Vollbracht 392
Über die Histologie der Chlorakne, von W. Bornemann 427
Über einen Fall von Thyreoiditis nach Gebrauch von Jodkalium, von Josef Sellei 430
Die Entstehung von Hautläsionen durch Arnikatinktur, von B. Desmous 508

II. Neurotische.

Seite

Moderne Ansichten über Ursprung und Wesen von Herpes zoster, von A. van Harlingen ... 392
Herpes zoster und dessen Beziehung zu inneren Entzündungsvorgängen und Erkrankungen, namentlich solchen der serösen Membranen, von R. G. Curtin 393
Ein Fall von Herpes zoster ophthalmicus, von W. S. Durand ... 399
Zur Frage des Malum perforans pedis, mit besonderer Berücksichtigung seiner Ätiologie, von Egon Tomaszewski ... 399

III. Infektiöse.

1. Allgemeine Infektionskrankheiten.

a. Akute Exantheme.

Einige postvaccinale Ausschläge, von W. T. Freemann ... 118
Der Masernbacillus, von v. Niessen ... 239
Ein Ausschlag im Verlaufe der Diphtherie, von E. G. Little ... 296
Über einige seltenere Symptome des Scharlachfiebers, von Floyd M. Crandall 393
Die im Verlaufe des Scharlachs auftretenden Erkrankungen der oberen Verdauungswege, von E. Fraenkel ... 394
Die Albuminuria orthostatica im Verlauf der Scharlachnephritis, von Ch. Aubertin 395
Zur intermittierenden Albuminurie bei Scharlachnephritis, von P. Londe ... 396
Die Behandlung des Scharlachs mit Rekonvalescentenserum, von E. v. Leyden. 396
Soll man die Schulen zur Zeit von Masernepidemien schließen? ... 396
Rubeola und die „vierte Krankheit", von J. P. Crozer Griffith ... 396
Die Dukessche „vierte Krankheit" nebst Bericht über eine atypische Scharlachepidemie, von J. Hall Pleasants ... 396
Die Anomalien und Komplikationen der Varicellen, von L. Cerf ... 397
Varicellen bei Erwachsenen, von Doty ... 397
Die Pocken in Paris, von H. Roger ... 397
Neue experimentelle Untersuchungen über Variola, von H. Roger und Emile Weill ... 398
Die Prodromal- oder Begleitausschläge der Pocken, von H. Roger und Emile Weill ... 398
Fötale Variola ohne Variola der Mutter, von Guiseppe Jacontini ... 399
Ein Fall von Pocken-Rezidiv, von F. Matoni und A. Solari ... 399
Über die Diagnostik der Variola, von H. Roger ... 399
Einige Bemerkungen über die Schwierigkeiten der Diagnose bei Pocken, von W. A. Hardaway ... 400
Die Diagnose der Pocken, von William T. Corlett ... 400
Behandlung der Variola mit Bierhefe, von Piétri ... 400
Impfung, von T. F. Campbell ... 401
Die Nachbehandlung bei der Impfung, von A. Eddowes ... 401
Ein Fall von Vaccinia generalisata, von W. T. Freemann ... 401
Seltener Fall von Impfkomplikation, von L. Reinhardt ... 401
Die verschiedenen Methoden der Impfung und ihre Resultate, nebst Empfehlung der besten Methoden, von F. M. Wood ... 402
Beitrag zur aseptischen Methode der Schutzpockenimpfung, von S. Kohn ... 402
Glycerin- oder trockene Lymphe? Die Technik der Impfung ... 402
Die gesetzliche Kontrolle über Heilserum, Vaccine etc., von H. D. Geddings.. 403
Studien über Pocken, von F. Sanfelice und V. E. Malato ... 543

b. Chronische Infektionskrankheiten.

α. Lepra.

Der Aussatz in der Schweiz, von Friedrich Bühler ... 300
Bericht über Lepra in Neu-Südwales im Jahre 1899, von J. A. Thompson.... 403
Jesus-Hilfe, das Aussätzigenasyl der Brüdergemeinde in Jerusalem ... 403
Die Lepra im Gouvernement St. Petersburg, von G. ... 403

Seite

Etwas von den Schwierigkeiten, Europa zur Annahme einer internationalen Leprösengesetzgebung zu bewegen, von Albert S. Ashmead 403
Lepra, Elephantiasis graecorum, Al Gosam, von Hassan Mahmoud 404
Ist die Lepra eine ansteckende Krankheit? von Sauton 404
Die Kontagiosität und Heredität der Lepra, von G. Verrotti 404
Lepra und Syringomyelie, von De Brun 404
Histologische und bakteriologische Untersuchungen über einen Fall von Lepra tuberosa anaesthetica mit besonderer Berücksichtigung des Nervensystems, von Uhlenhuth und A. Westpfahl 405
Erfahrungen über die Behandlung und Heilung der Lepra im Rigaschen städtischen Leprosorium, von Matthias Hirschberg 432
Fall von Lepra mit anscheinendem Heilerfolg, von A. Bayet 494
Über die Veränderungen des Blutes bei Lepra, von M. Smirjagin 497
Beitrag zum Studium der Lepra: die Ätiologie der Lepra, von St. Paraskevas 559
Über das Projekt eines „Sanatorium" für Lepröse in den Vogesen, von Sauton 581
Beobachtungen über Lepra, von A. Sand 581
Ein alter italienischer Lepraherd in den Seealpen, von Boinet und Ehlers ... 581
Lepra und kongenitale symmetrische Keratodermie, von George Pernet 582
Gefahren, die uns durch die Lepra drohen, von M. A. Kermorgant 582
Korrespondenz von Sauton und Bemerkung zur Antikritik des Herrn Dr. Sauton, von L. Glück 582
Beiträge zur Kenntnis der Lepra der oberen Luftwege und der Verbreitung der Leprabacillen, von P. H. Gerber 585
Über die Ätiologie und die Prophylaxe der Leprakrankheit, von Moritz Fürst 585

β. *Tuberkulose.*

Ein tuberkuliniformes Erythem bei einer Lupuskranken nach einer phototherapeutischen Behandlung, von Ch. Audry 164
Über die mechanische Disposition der Schleimhauterkrankungen bei Lupus vulgaris, von E. Hollaender 405
Über die Frage der mechanischen Disposition zur Tuberkulose nebst Schlußfolgerungen für Nasenplastiken nach Lupus, von E. Hollaender 405
Die tuberkulösen Erkrankungen der Haut und ihre Beziehungen zu den inneren Organen, von O. v. Petersen 406
Über das Wesen des sogenannten Erythema induratum scrophulosorum, von Arthur Whitfield 406
Zwei Fälle von Hauttuberkulose, von Tomasczewski 406
Kleine Beiträge zur Tuberkulosefrage, von Arnold Heller 407
Ein Fall von Tuberkulose der Haut nach zufälliger Infektion mit dem Rindertuberkelbacillus, von Mazyck P. Ravenel 407
X-Strahlen-Behandlung in Fällen von Lupus und Epitheliom, von James Kinnaird 407
Bericht über eine Arbeit von Butte mit der Überschrift: „Behandlung des tuberkulösen Lupus mittelst Kalium permanganicum", von Hallopeau 440
Die Tuberkulide, von C. Boeck 441
Über die pathologisch-histologischen Veränderungen bei Lupus vulgaris nach der Finsenschen Lichtbehandlung, von M. Pilnoff 441
Die Indikationen der Phototherapie in der Behandlung des Lupus und der begrenzten Dermatosen des Gesichts, von Leredde 442
Lupus, Tuberkulose und Licht, von Foveau de Courmelles 442
Fortschritte auf dem Gebiete der Finsenschen Lupusbehandlung, von Kattenbracker 443
Ein neuer Apparat zur Behandlung des Lupus mit konzentriertem chemischen Licht, von A. Bellini 443
Über die Resorcinbehandlung des Lupus vulgaris und der Tuberculosis verrucosa cutis, von Max Joseph 443
Die Kalomelinjektionen beim Lupus und nicht syphilitischen Affektionen, von Asselbergs 444
Lupus vulgaris, Lichtbehandlung, von Bogrow 489
Lupus mit Röntgenstrahlen behandelt, von Duhot 490

γ. *Syphilis.*

Seite
Syphilis des Nervensystems, von D. J. McCarthy 35
Syphilitische Myelitis, von Schachmann 36
Zwei Fälle von Erkrankung des Rückenmarks im Anschluſs an Syphilis, von T. R. Bradshaw 36
Über die Heilbarkeit der Syphilis, von Tarnowsky 36
Die Heilbarkeit der Syphilis, von William S. Gottheil 36
Der heutige Stand der Syphilistherapie, von Paul Busch 37
Allgemeine medikamentöse Behandlung bei Syphilis, von G. Frank Lydston .. 37
Einige allgemeine Bemerkungen zur Syphilisbehandlung, von Eugene Fuller . 38
Syphilisbehandlung, von Robert Holmes Greene 38
Initialsklerose am Thorax, von Rowlands 55
Die Parrotschen Pseudoparalysen bei angeborener Syphilis, von Franz Scherer 112
Über einen Fall von syphilitischer Tabesparalyse, von Giacomo Pighini 121
Über die Aktion des Quecksilbers auf das syphilitische Gewebe, von Pollio 158
Zur Beeinflussung der Syphilis durch die Psoriasis, von Ch. Audry 164
Syphilis hereditaria tarda mutilans des Gesichts, von Audry und Bauby 164
Die Psoriasis bei den Syphilitischen, von Chatin und Druelle 164
Studien über endemische und hereditäre Syphilis, von E. von Düring ... 289. 291
Extragenitale Syphilisinfektion an der Wangenschleimhaut, von Ignaz Böhm .. 243
Drei Fälle von Strictura pharyngis syphilitica, von E. Welander 243
Sekundäre Syphilis mit Hysterie, Polydipsie und Polyurie, von H. Malherbe .. 321
Über einen Fall von langdauernder zweiter Inkubationszeit bei Syphilis, von Napp 429
Noch ein Fall von extragenitaler Syphilis, von J. S. Gouladze 430
Die Dystrophien der Zähne in der Diagnose der hereditären Syphilis, von Franz Poór 431
Kritische Beurteilung der intravenösen Quecksilberinjektionen in der Behandlung der Syphilis, von B. Desmous 438
Die Behandlung der Syphilis mittelst subcutaner Injektionen von Quecksilberbenzoat, von E. Desesquelle 440
Syphilis ohne Primäraffekt, von H. Léculier 444
138 neuere Fälle von extragenitaler Syphilisinfektion, von Ernst Iványi 445
Fwei Fälle von extragenitaler luetischer Infektion, von A. Blanche de la Roche 445
Faktoren für die Schwere der Syphilis, von G. Marcou 445
Über das sogenannte Profetasche Gesetz, von Leopold Glück 445
Syphilis und Bacillus fusiformis, von H. Vincent 446
Beitrag zur Lehre von den Syphilisbacillen, von Max Josef und Piorkowski 446
Der Wert der Justusschen Probe, nebst einer Statistik, von Henry Tucker ... 447
Die Justussche Probe für Syphilis, nebst einer Statistik, von William E. Huger 447
Über Herzkrankheiten im Verlauf der Syphilis und Blennorrhoe, von G. Fischer 447
Ein Fall von Herzsyphilis mit starker Erweiterung der Pulmonalarterie, von K. Wagner und G. Kwjaskowski 448
Syphilis und Elephantiasis vulvae, von M. Tschlenoff 448
Die Syphilis des Pharynx, von Du Castel 449
Die syphilitische Dünndarmstenose, von Fritz Rosenfeld 449
Syphilis des Mastdarms und der Aftergegend, von John A. Hawkins 449
Fieberhafte Lebersyphilis, von Julius Mannaberg 449
Nierengumma, von Erdheim 449
Über einen Fall von syphilitischer Periostitis und gummöser Affektion einer Niere, von Hans Rotky 449
Die Harnabsonderung der Syphilitischen, von Patoir 450
Syphilis impetiginosa generalisata praecox, von Bock 450
Syphilitisches Gumma des Stirnlappens mit Anfällen von Jacksonscher Epilepsie, von G. Dieulafoy 450
Gumma syphiliticum des Stirnlappens mit Anfällen von Jacksonscher Epilepsie, von G. Dieulafoy 451
Die neueren Erfahrungen über die Beziehungen der Syphilis zu den Nervenkrankheiten, von Wolff 451
Syphilis und Tabes, von W. Erb 452

Seite
Ist die Tabes dorsalis syphilitischen Ursprungs? Ist sie heilbar? von R. Duhot 452
Über die Nachteile der intensiven Quecksilberbehandlung bei der syphilitischen spastischen Paraplegie, von E. Brissaud und Pierre Marie 452
Die spastische syphilitische Paraplegie, von Pierre Marie 453
Dystrophische Stigmata der Pupillen bei hereditärer Syphilis, von G. Marcou.. 453
Über ein an den Bantischen Lymphomenkomplex erinnerndes Krankheitsbild, wahrscheinlich hervorgerufen durch kongenitale Lues, von Edmund Hocke 453
Schlechter Ernährungszustand als Zeichen von kongenitaler Syphilis, von Charles Gilmore Kerley 454
Über Syphilisbehandlung, von Neuhaus 454
Über Syphilisbehandlung, von Daubresse 455
Über den Nutzen der Kombination von Schmierkur und Schwefelkur bei Behandlung der Syphilis, von Axel Winckler 455
Die Quecksilbereinspritzungen in der Behandlung der Syphilis, von Alfred Fournier 456
Die Injektionsbehandlung der Syphilis mit Quecksilbersuccinimid, von M. Horovitz 456
Hydrargyrum lacticum. Seine Anwendung bei der Behandlung von Syphilis, von Gaucher, Lextrait und Gandillon 457
Reinfectio syphilitica, von Ustinow 488
Abnormer Fall von Syringomyelie, wahrscheinlich auf syphilitischer Basis (Morvanscher Typus an den unteren Extremitäten), von L. Dekeyser..... 490
Dermatitis herpetiformis bei einem syphilitischen Patienten, von Dubois-Havenith 492
Ein Fall von tertiärer Syphilis mit diagnostischer Schwierigkeit, von Dufour .. 492
Ein Fall von später kongenitaler Syphilis, von A. Bayet 493
Fall von tertiärsyphilitischer Polyneuritis, von L. Dekeyser..... 494
Ossifizierende syphilitische Periostose, Vorführung von Radiogrammen, von L. Dekeyser 494
Ein Fall des sogenannten „Pemphigus syphiliticus adultorum", von Lebedew... 495
Die pathologische Anatomie der Primärperiode der Syphilis, von Th. Omelschenko 496
Die syphilitische Familie und ihre Descendens, von W. Tarnowsky 497. 499
Die Radiographie in ihrer Verwertung für die Diagnose der Knochensyphilis, von A. Pospelow 499
Die Behandlung der Syphilis mittelst subcutaner Injektionen von Quecksilberbenzoat, von Ed. Desesquelle..... 501. 503. 504
Harter Schanker am Innenwinkel der Augenlider. Diagnose und Behandlung, von Gibert 502
Reinduration, von Blaschko..... 541
Über die Aktion des Quecksilbers auf das syphilitische Gewebe, von E. Kassai 548
Zur Hämatologie der Syphilis, von E. Dacco..... 552
Über die bei Hereditärsyphilitikern im Gesichte auftretenden linien- und strahlenförmigen alten Hautveränderungen, von Poór 556
Über Syphilis der Orbita, von W. Goldzieher..... 557
Über den Gebrauch schwefelhaltiger Quellen in der Behandlung der Syphilis, von E. Vidal..... 583
Die Unterstützungskur in der Syphilistherapie, von Vincenzo d'Amato..... 583

2. Lokale Infektionskrankheiten.

a. Oberhaut.

Teutonpräparate, ihre therapeutische Verwendung bei Seborrhoe und Effluorium capillorum, von L. Zeekendorf..... 38
Das nervöse Element beim Ekzem der Kinder, von Jerome Kingsbury..... 38
Das parasitäre Wesen des Ekzems, von A. Eddowes..... 39
Das Ekzema rubrum des Hundes, von Hans Baer..... 39
Septisches Ekzem; durch pyogene Mikroorganismen verursachte Urticaria, von Campana 40
Die Behandlung von chronischem Ekzem, von A. Eddowes..... 40
Behandlung des Ohrekzems, von Hallopeau 40
Ein Fall von Dermatitis exfoliativa neonatorum (Ritter), von A. Ravogli..... 41
Ein Fall von akuter Dermatitis exfoliativa universalis, von G. A. Bruce..... 41

Seite

Dermatitis exfoliativa universalis, von Powell 41
Ein Fall von Erythroderma squamosum, von A. Ravogli 41
Auftreten von Psoriasis vulgaris im Anschluſs an eine Tätowierung, von Bettmann 42
Behandlung der Psoriasis, von Henry Bernard 42
Psoriasis und Glykosurie, von Walther Pick 42
Über die Ichthyosis congenita (Hyperkeratosis diffusa congenita), von Haus 42
Über Leukoplakia buccalis, von W. A. Lieven 43
Über Leukoplakie, von John V. Shoemaker 43
Mykosis der Tonsille und Zungenbasis, von Harrison Griffin 44
Über einige Fälle von schwarzer Zunge, von Reinecke 44
Über Trichophyton-Infektionen bei Menschen und Tieren, v. J. L. Bunch 44
Eine Ringwormschule in London 45
Trichosporum und Trichosporien, von Paul Vuillemin 45
Resultate von Untersuchungen, angestellt an 4 Fällen von Mikrosporie und 81 Fällen von Trichophytie, von G. Hügel 45
Akne und ihre Behandlung, von Henry H. Koehler 46
Behandlung der Krätze, von Balmelle 46
Bericht über eine durch Pediculi capitis bedingte Familienepidemie von Impetigo contagiosa bullosa, von G. Pernet 46
Pemphigus foliaceus, von Grouven 47
Über chronischen Schleimhaut-Pemphigus der oberen Luftwege, von Jacob Gugenheim 47
Eigentümliche strichförmige Längsnarben, von Rosenthal 102
Erythromelieähnliche Affektion, von Ledermann 106
Erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans, von Julius Kramsztyk .. 111
Ein Fall von Keratoma palmare et plantare hereditarium, von Maximilian Loewy 114
Einige Untersuchungen über die Pathogenese und Histologie des Condyloma acuminatum, von V. Ramazzotti 121
Akne und Sykosis, behandelt mit Röntgenstrahlen, von A. Pusey 119
Psoriasis nach der Impfung, von Gerson 153
Pityriasis rubra pilaris oder Lichen ruber, von Heller 153
Zur Klinik und Histologie des Erythème induré Bazin, von W. Harttung und A. Alexander 155
Eine eigentümliche, mit Hyperhidrosis einhergehende entzündliche Dermatose an der Nase jugendlicher Individuen, von Hugo Herrmann 157
Behandlung der Akne, von S. C. Martin 161
Über Leukämide, von C. Audry 163
Über die Veränderungen bei der Seborrhoe und besonders bei der Seborrhoea senilis, von Audry und Dalous 163
Ein Fall von Erythema persistens, von J. Méneau und La Bourboule 165
Über Keratosis universalis congenita, von J. Neumann 286
Eine ungewöhnliche, oberflächliche Dermatitis, die im Verlaufe eines Typhus auftrat und einige Ähnlichkeit mit Psoriasis rupioides zeigte, von H. D. Rolleston und J. W. Mercer 293
Ein Fall von Dermatitis verrucosa, vielleicht durch das Bacterium coli commune verursacht, von H. G. Anthony 299
Die Geschichte des Ekzems in England im verflossenen Jahrhundert, von P. G. Unna 294
Ein weiterer Fall von Parakeratosis variegata, von J. Méneau 321
Akrokeratodermia hereditaria et familiaris, von Audry und Laguerre 321
Ein Horngewächs am Augenlid eines Kindes, von Audry und Dalous 321
Hyperkeratosis circumscripta bei einem mit Syringomyelie behafteten Menschen, von Audry und Dalous 322
Über Parapsoriasis, von L. Brocq 322
Über Psoriasis, von Malcolm Morris 379
Über Granulosis rubra nasi (Jadassohn), von Walther Pick 429
Über einen Fall von Granuloma trichophyticum Majocchi, von P. Colombini .. 432
Ein Fall von hyphomycetischem Granuloma der Haut, von J. F. Schamberg .. 435
Die klinische Bedeutung des Ekzema seborrhoicum, insbesondere für die Entstehung der Nasen-Rachenvegetationen und der Carcinome, von Georg Bonne 457
Prophylaxe und Behandlung des Ekzems der Säuglinge, von A. Schwab 458

Seite

Behandlung des akuten Ekzems nach physiologischen Grundsätzen, von L. C. Michaëlis ... 459
Ekzem der Nägel, von W. Dubreuilh und D. Frèche ... 459
Über Psoriasis nach Impfung, von Emil Weinstein ... 459
Über Psoriasisbehandlung, von Emil Morgenstern ... 460
Der Pemphigus, von A. Coffin ... 461
Dermatitis fullicularis et perifollicularis conglobata, von Ludwig Spitzer ... 461
Sykosis, von M. Balzer ... 461
Zur Therapie der Sykosis, von L. Zeckendorf ... 462
Die Trichophytie menschlicher und tierischer Herkunft, von Jeanselme ... 462
Ein Fall von Keratosis palmaris et plantaris, von Ohmann-Dumesnil ... 462
Zur Lehre von der Hyperkeratosis lacunaris pharyngis, von Hans Arnsperger 462
Pityriasis rubra pilaris, von Dufour ... 490
Ein Fall von rezidivierendem Erythema exsudativum multiforme, von Dubois-Havenith ... 492
Die Trichophytien im Krankenhause zu Gand, von Minne ... 492
Trichorrhexis nodosa und ihre Ätiologie, von Dekeyser ... 492
Ein Fall von Pemphigus der Conjunctiva, von H. Coppez ... 493
Keratosis pilaris, von Thomsen ... 494
Ein Fall von Dystrophie papillaire et pigmentaire (Acanthosis nigricans), von P. Pawlow ... 494
Über Pityriasis rubra (Hebra), von M. Tschlenow ... 495. 496
Ein Fall von Kerion, das durch das Achorion Schönleinii verursacht wurde. Granulom des Hautgewebes durch Vegetation des Achorion, von Marius Truffi ... 553
Beiträge zur Histologie der Pityriasis versicolor, von Hlateky ... 555
Ein Fall von Perifolliculitis infolge von Darmautointoxikation, von Szabóky ... 556
Über Pyodermitis serpiginosa linearis, von W. Dubreuilh ... 582

b. Cutis.

Die Behandlung der Acne pustulosa, von H. L. Jones ... 47
Über Folliculitis (Acne) exulcerans serpiginosa nasi (Kaposi), von E. Finger ... 48
Über Fanghi di Salafani, ein wenig bekanntes, bei Acne rosacea sehr wirksames Mittel, von Otto v. Fleischl ... 48
Zwei Fälle von Ulcus molle serpiginosum, von Róna ... 48
Fall von Erythema nodosum mit Iritis als Komplikation, von A. W. Allan ... 49
Über Angina, Gelenkrheumatismus, Erythema nodosum und Pneumonie, nebst Bemerkungen über die Ätiologie von Infektionskrankheiten, von Menzer ... 49
Beitrag zur Kontagiosität des Erythema nodosum, von Heim ... 49
Ein Fall von Dermatomyositis, von Th. G. Janowsky und W. K. Wyssokovicz 49
Beobachtungen über die „Veld"-Wunde, von Harland ... 50
Die „Veld"-Wunde, von S. Guise-Moores ... 50
„Veld"-Wunden, von A. Ogston ... 50
Einige ungewöhnliche Fälle von generalisiertem Favus, von Eugenio Sipari ... 51
Die Behandlung des Erysipels mit Karbolsäure, von N. S. Fraser ... 51
Ein Fall von Erysipel, behandelt mit Antistreptokokkenserum, von J. W. Gill ... 51
Erysipelas gangraenosum und Streptokokkenserumtherapie, von Joss ... 51
Antistreptokokkenserum bei Erysipel, von Mac Millan ... 52
Eine Noma-Epidemie; Bericht über 16 Fälle, von G. Blumer u. A. Mac Farlane 52
Über die Ätiologie der Noma, von A. Trambusti ... 52
Zwei Fälle von Abdominaltyphus mit Noma als Komplikation, von T. Sailer ... 52
Gangrän der Haut bei einem Fall von Abdominaltyphus, von A. S. Barrow ... 53
Gutartige Gangrän der Augenlider, von H. Roger und Emil Weil ... 53
Ist Yaws Syphilis? von Arthur Powell ... 53
Weitere Beobachtungen über Framboesia oder Yaws und dessen Folgen, die Hühneryaws, von Arthur Powell ... 53
Über Hautabscesse bei Kindern in den ersten Lebensjahren, von Brunier ... 54
Subcutane eitrige oder ölige, Eberthsche Bacillen enthaltende Herde, die sich im Anschluss an medikamentöse, im Verlaufe eines Typhus vorgenommene Injektionen entwickelten, von Widal und Le Sourd ... 54
Ein Fall von Anthrax mit Infektion aus einer bisher noch nicht beschriebenen Quelle, von C. T. Wilson ... 54

Seite

Bericht über einen Fall von malignem Milzbrandödem, von Smith und Mudd . 55
Ein Fall von Orientbeule (Aschabadka) mit Finsenscher Phototherapie behandelt, von O. v. Petersen 55
Aktinomykose in der Parotisgegend, von R. Johnson 55
Über die primäre Hautaktinomykose des Gesichts, von L. Pourpre 55
Zwei Fälle von Botryomykose in Algier beobachtet, von J. Brault 56
Eine in Obersteiermark beobachtete, autochthone Elephantiasis, von H. Favarger 56
Zur Elephantiasis scroti, von Raphael Blanchard 56
Zur Kenntnis des Anfangsstadiums des Lichen ruber planus, von Felix Pinkus 107
Ein Fall von Lichen ruber monileformis den subcutanen Venen folgend, von A. Gunsett 108
Über das Auftreten von Blasen beim Lichen planus, von Arthur Whitfield.. 118
Lichen ruber acuminatus, von Blaschko 152
Pemphigus vegetans, von W. Allan Jamieson und D. A. Welsh 295
Ein neuer Fall von Granuloma annulare, von H. Radcliffe Crocker 296
Lichen planus, eine vesikulöse und bullöse Affektion, von Ch. W. Allen 297
Ein Fall von Mykosis fungoides, von F. Breakey 299
Zur Therapie des Erysipels, von Max Jerusalem 463
Abortive Behandlung des Erysipels, von Priklonski 489
Über die Behandlung des Erysipels im „roten Zimmer", von Hermann Krukenberg 505
Elephantiasis erysipelatosa der unteren Extremitäten, von Struffs 506
Elephantiasis der Augenlider, von Delbanco 506
Über die Behandlung der Elephantiasis mit Kalomel, von M. Tipzeff 507
Über eine neue Methode der Geschwürsbehandlung, von C. A. Protin 507
Die Heilung oberflächlicher und subcutaner Abscefshöhlen mit Breiumschlägen, von M. B. Hutchins 507
Furunkulose des Gehörganges, auf eine akute Mittelohrentzündung folgend und eine Entzündung des Warzenfortsatzes vortäuschend, von Vues 507
Über Paranephritis und Pyonephrose nach Hautfurunkeln, von A. Cahn 508
Die Behandlung des venerischen Geschwürs mit Kälte, von A. Brandweiner. 508
Weicher Schanker des Augenlides, von Foster 508
Pemphigus vegetans, von Fr. Samberger 509
Zur operativen Behandlung des Rhinophyma, von Paul Rusch 509
Histologische, bakteriologische und experimentelle Untersuchungen über das Rhinosklerom, von Umberto Mantegazza 509
Bemerkungen über Erythema nodosum, von H. W. Syers 510
Ein Fall von Pian-bois, von Darier und Christmas 510
Das Botryomykom, von G. Carrière und G. Potel 511
Beitrag zur Kenntnis des Erregers der menschlichen Aktinomykose, von Karl Doepke 511
Lichen ruber planus, von Buschke 540
Strichförmiger Lichen planus des Arms, von Bruhns 542
Ein Fall von Hautmilzbrand mit bemerkenswertem klinischen Aussehen, von H. Herrmann 544

Progressive Ernährungsstörungen.

a. Maligne.

Zur parasitären Entstehung von Krebs und Sarkom, von Schüller 83
Beiträge zur Lehre vom Carcinom: 1. Über Aufbau, Wachstum und Histogenese der Hautcarcinome, von Walter Petersen 84
Über den Aufbau des Carcinoms und seine plastische Darstellung, von Walter Petersen 85
Cancer oris (Unna) und dessen gewöhnliche Komplikationen, von R. Cameron. 85
Über ein die Krebskrankheit beim Menschen häufig begleitendes, noch wenig gekanntes Symptom, von Leser 85
Über Angiome und ihren Zusammenhang mit Carcinomen, von Gebele 86
Präcarcinomatöse Keratose, wahrscheinlich hervorgerufen durch X-Strahlen, von James C Johnson 86
Ein mit Röntgenstrahlen behandelter Fall von rezidivierendem Carcinom, von G. B. Ferguson 87

Seite

Behandlung eines Falles von Ulcus rodens mit X-Strahlen, von John R. Levack 87
Ein Fall von Ulcus rodens auf dem Boden eines Lupus, von Duhot 87
Die Behandlung epithelialer Hautkrebse und nichtparasitärer Sycosis mit X-Strahlen, von J. F. Rinehart 87
Ein Fall primärer Hautsarkomatose, von G. Pini 242
Zur Ätiologie des Carcinoms, von Josef Schütz 427
Hautsarkoide, von W. S. Gottheil 435
Histologische Schnitte von zwei Fällen von Pagetscher Krankheit, von Dubois-Havenith 493
Sarcoma cutis idiopathicum Kaposi, von W. Kudisch 498
Wie verhält man sich gegen ulceröse Neubildungen der Zunge und Mundschleimhaut? von E. Lenglet 511
Was man unter Pagetscher Krankheit versteht, von O. Swolfs 512
Ein Fall von flachem Epitheliom der Haut (Ulcus rodens, von Thévenot 512
Ein mittels Röntgenstrahlen behandelter Fall von Ulcus rodens der Nase und der Augenlider, von G. G. Stopford Taylor 513
Ist der Krebs wirklich eine Infektionskrankheit? von C. L. Schleich 513
Carcinom und Hautveränderungen, von E. Holländer 513
Über die diagnostische Bedeutung der Angiome der Haut, von Rosenbaum ... 513
Sind die im relativ frühen Alter und in verhältnismäfsig grofser Zahl auftretenden Angiome der Haut für die Diagnose des Carcinoms zu verwerten? von Albert Reizenstein 513
Die Verwendung der Röntgenstrahlen bei Hautkrebs etc. nebst Bericht über einen damit behandelten Fall, von J. F. Rinehart 513
Lymphangiom der Wangenschleimhaut, von Bruhns 541
Weitere Mitteilungen über Sarcoma idiopathicum multiplex pigmentosum cutis, von B. Bernhardt 543

b. Benigne.

Ein Fall von Fibroma molluscum, von M. B. Hartzell 87
Ein Fall von multiplen Dermatomyomen, von Jamin 88
Zur Pathogenese und Therapie des Keloids, von E. Goldmann 88
Die narbenerweichende Wirkung des Thiosinamins, von Ludwig Teleky 88
Über Keratosis nigricans (Acanthosis nigricans, Dystrophie papillaire et pigmentaire), von Siegfried Grosz 88
Xanthoma diabeticum, von Herbst 105
Zur Kenntnis der Hauthörner, von Max Marcuse 108
Haemangioendothelioma cutis papulosum, von F. v. Waldheim 109
Ein Fall von Hidradenoma eruptivum, von A. Chatin und M. Druelle 321
Multiple, gutartige Epitheliome der Kopfhaut, von W. Dubreuilh und B. Anché 323
Das Cylindrom der Haut, von Dalous 328
Klinische und histologische Bemerkungen über das Keratoma palmare et plantare hereditarium, von Agostino Pasini 328
Cystoepithelioma corneum oder Cystoakanthoma corneum (Epithelioma perlaceum), von G. Piccardi 329
Ein Fall von Haemato-Lymphangioma cysticum superficiale, von U. Montegazza 324
Epidermoide (Epithelcysten) mit Einschlufs von Fremdkörpern, von Wiemann. 514
Fibromata mollusca, von Buschke 540
Zur Histologie und Pathogenese des Hauthorns, von A. Pasini 553

c. Pigmentanomalien.

Über Acanthosis nigricans, von J. Rille 89
Über Morbus Addisonii, von J. Bruns 89
Einige Untersuchungen über den Stoffwechsel in einem typischen Falle von Addisonscher Krankheit, von Marchetti und Stefanelli 89
Hautmelanose bei Pankreaserkrankungen, von Wilhelm Mager 90
Über Pigmenthypertrophien und -Atrophien der Haut in Verbindung mit perniciöser Anämie (ein Beitrag zur Kenntnis der Vitiligo), von Alfred v. Decastello 90
Morbus Addisonii, von Pospelow 489
Fall von symmetrischer Vitiligo, von Dufour 498

Seite
Wege der Pigmentausscheidung beim Bronze Diabetes, von M. Rabé 514
Pathogonie des Bronze-Diabetes, von M. Rabé 514
Über den Bronze-Diabetes, von Auguste Murri 515
Ein Fall von Addisonscher Krankheit, von Lambotte 515

Regressive Ernährungsstörungen.

Lymphangiektasien des Mundes (Varicen der Lymphgefäße) und fibrinös-verhornte Wucherungen infektiösen Ursprungs, von Chompret und B. de Névrezé. 91
Die chirurgische Behandlung der Varicen 92
Über Behandlung der Hämorrhoiden mittels Arsonvalisation, von Stembo 92
Über Hämorrhoiden im Kindesalter und über das Wesen der Hämorrhoidalaffektion überhaupt, von G. Reinbach 92
Das Ergrauen des Haares in Bezug auf Erregungszustände; eine anthropologische Bemerkung, von R. Jones 92
Ein ausgedehnter Fall von Vitiligo, von Henry Norris 93
Die Behandlung der Alopecia areata mit Jodkollodium, von J. Toubert 93
Ein Fall von Lupus erythematosus, welcher durch Anwendung der Röntgenstrahlen geheilt wurde, von Woods 93
Diffuse Sklerodermie, von Pusinelli 93
Skleroderma und Sklerodaktylie, von B. Sachs 94
Sklerodermie, von De Renzi 94
Lupus erythematodes, von Holländer 105
Alopecia areata, von Plonski 105
Das Geschwür von Pende, von Morochowzeff 106
Über sklerodermieartige Hautveränderungen nach Röntgenbestrahlung, von Oskar Salomon 110
Raynaudsche Krankheit, von Hollstein 152
Sklerofascie, von Blaschko 153
Beobachtungen über Kahlheit, von S. C. Martin 169
Über Acrodermatitis chronica atrophicans, von K. Herxheimer und K. Hartmann 241
Noma und Nosocomialgangrän, von R. Matzenauer 286
Über Acrodermatitis chronica atrophicans, von Karl Herxheimer und Kano Hartmann 289
Ein interessanter Fall von Alopecie, von G. Lévy 321
Die Veränderungen am Auge beim Xeroderma pigmentosum, von Albert Monthus 324
Lupus erythematosus, von Sequeira und Balean 379
Der Lupus erythematosus und sein Zusammenhang mit hypertrophischer Rhinitis und Ozaena nach atrophischer Veränderung der Paukenhöhle und des Meatus auditorius externus, von W. B. Warde 380
Sclerema cutis simplex, von Rahr 488
Ulcus von Pende, von Sokolow 489
Ein Fall von Alopecie, die sich unter Sublimatumschlägen entwickelte, von Dufour 490
Ist Alopecia areata ansteckend? von Cruyl 490
Alopecia areata im Anschluß an einen Abscess der Kopfschwarte, von Bayet .. 491
Traumatische Area Celsi, von A. Bayet 491
Traumatische Alopecie, von Ed. Dufour 493
Alopecia areata als eine Trophoneurose der Haut, von W. Ter-Grigorianz 495. 496
Die Ätiologie der Area Celsi; die Zahntheorie von L. Jacquet und seine Lehre von den peladogenen Kulminationen, von A. Chatin 504
Ein Fall von erworbener Atrophia cutis idiopathica, von Pismenni 515
Vitiligo bei der Tabes 516
Myxödem bei Mutter und Kind, von S. W. Mac Ilwaine 516
Farbeveränderung der Haare, von W. G. Weinberg 516
Cyanotische Induration, von Buschke 540
Sklerodermie, von Bruhns 542
Eine klinische Studie über 71 Fälle von Lupus erythematosus, von J. H. Sequeira und H. Balean 550
Bemerkungen über 15 Fälle von Lupus erythematosus, von W. B. Warde 550
Ein Fall von trophischer Störung der Füße, von F. P. Weber 551

Seite

Über das Wesen und die Heilbarkeit des Lupus erythematodes discoides, von Achille Breda 554
Reizung des Zahnfleisches als Ausgangspunkt einer Alopecia areata, von Jacquet 561
Die Frage der Alopecia areata, von E. de Lavarenne 562
Die Behandlung der Alopecie mit Phosphor, von W. Bjalobsheski 562
Das Loswerden der Nägel, von W. Dubreuilh und D. Frèche 562
Ein Fall von Stomatitis gangraenosa (Noma), von L. Fischer 563

Idioneurosen.

Zur Ätiologie und Therapie des Pruritus vulvae, von Seeligmann 94
Behandlung des Pruritus ani und Pruritus vulvae mit Strömen von hoher Frequenz, von Leredde 94
Über Pruritus senilis linguae, von Egmont Baumgarten 95
Bromocoll bei Juckreiz, von A. Lanz 563

Sekretionsanomalien.

Zur Beseitigung des Schweifsfufses durch Tannoform, von Grumme 95

Saprophyten und Fremdkörper.

Studien zur mittelniederdeutschen Parasitologie (Belegquellen für mittelniederdeutsche Parasitologie), von Felix von Oefele 95
Prähistorische Parasitologie nach Tierbeobachtungen, von Felix von Oefele .. 95
Dermatomycosis, von L. Freund 95
Über einen Fall von subcutaner Larvenentwickelung beim Menschen, von E. Tepsent 96
Zwei Fälle von Urticaria, hervorgerufen durch die Vogelmilbe (Dermanissus avium), von W. Heinicke 96
Vorläufiger Bericht über zwei Fälle von Hautblastomykosis (blastomycetische Dermatitis Gilchrist), von F. H. Montgomery 119
Zwei neue Fälle von multiplen Blasen des Cysticercus cellulosae mit epileptoiden Krämpfen, von Eugenio Sipari 122
Filaria sanguinis, von Sobotta 122
Über einen autochthonen Fall von Piedra, von P. S. de Magalhães 123
Fall von Argyrie, von Nékám 123
Die Blastomykosis der Haut, von J. Méneau 328
Fälle und mikroskopische Präparate von blastomycetischer und protozoischer Dermatitis, von Gilchrist 378
Lehre von der Blastomycosis cutis, von Kiesel 489
Über „Dourine“ (Beschälkrankheit), von Mouquet 502
Tierkrätze, von Bruhns 542
Les champignons parasites de l'homme, von E. Bodin 555
Eine Sarcoptesinvasion, von Johann Alfred Tschuschner 563
Über die bei Pediculosis corporis vorkommenden Melanodermien, von Paul Fabre 563
Beitrag zum Studium der Myiasis externa dermatosa, von F. Balzer und M. Schimpff 583

Mifsbildungen.

Naevus verrucosus in Verbindung mit gewissen Pigmentanomalien, von H. Taylor 123
Die Röntgenstrahlen bei Hypertrichosis, von J. Startin 124
Über angeborenen Haarmangel, von Bettmann 234
Naevusstudien, von Magnus Möller 426
Ein auf einem Naevus am Rücken entwickeltes Carcinom, von Thomson 494
Naevusstudien, von Magnus Möller 549
Über die Herkunft und Bedeutung der in den sogenannten Naevi der Haut vorkommenden Zellhaufen, von Max Abesser 564

III. Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. Penis, Urethra, Blase.

Seite

Oedema Scroti und Penis, von R. Isaac 105
Ein Fall von Urethritis ohne bekannte Ätiologie, von Alfred Wolff 115
Beitrag zur Technik der Janetschen Spülungen der Harnröhre, von H. Lohnstein 116
Syphilis der Blase, von Michel de Margouliès 116
Über 25jährige Erfahrungen in der Chirurgie der Harnwege, von G. Buckston Browne 124
Die Behandlung der Enuresis bei weiblichen Kranken, von T. W. Taylor 125
Das moderne Urethroskop, von William K. Otis 125
Über den Wert und die Grenzen der Cystoskopie, von Albert Seelig 125
Über suprapubische Cystoskopie, von Kraske 126
Das Cystoskop: sein diagnostischer Wert bei Krankheiten des Urogenitaltractus, von Charles G. Foote 126
Über einige neuere Instrumente und Methoden zur Diagnostik und Behandlung der Harn- und Geschlechtskrankheiten, von Feleki 126
Eine einfache Befestigungsart für den Dauerkatheter, von Ludwig Moszkowicz 127
Eine bakteriologische Studie über die Kathetersterilisation, von C. B. Nancvede und W. H. Hutchings 127
Ein Fall von Hermaphroditismus lateralis, von Kellner 128
Die Homosexualität in Wien, von Magnus Hirschfeld 128
Eine Feilenzwinge über den Penis geschoben, von Karl Sudhoff 128
Elephantiasis scroti et penis mit intermittierender Lymphorrhoe nach doppelseitiger Exstirpation der Leistenbubonen, von Adler 128
Über die tuberkulöse Erkrankung des Penis im Anschlusse eines Falles, von Halász 129
Ein Fall von plastischer Induration der Corpora cavernosa, von Rapin 129
Ein Fall von verkannter hochgradiger Hypospadie, welche zu einer Verwechslung des Geschlechts geführt hat, von Anschütz 129
Zur Behandlung der Phimose, von F. Wenzel 129
Behandlung von Fremdkörpern der Harnröhre, von H. Hartmann 130
Eingekeilter Calculus in der Harnröhre bei Kindern. Bericht über zwei Fälle, von J. H. Jopson 130
Über Harnröhrenausflüsse, von Albert Seelig 130
Prophylaxe und Therapie der neurasthenischen Urethritis, von J. M. Thompson 131
Ein neuer Dilatator der Harnröhre, von Bastin-Williams 131
Die praktische Anwendung der kombinierten inneren und äußeren Urethrotomie, von Reginald Harrison 131
Neues Verfahren zur Bildung der Harnblase und Harnröhre mit einem Sphinkter aus dem Mastdarm bei Exstrophia vesicae, Epispadie höheren Grades und Urininkontinenz, von M. Subbotin 132
Über Cystitis im allgemeinen, von Negrete 132
Die Divertikel der Blase, von Alcée Durrieux 132
Beiträge zur Pathologie der Harnblase bei Tabes dorsalis und anderen Rückenmarkserkrankungen, von Willi Hirt 133
Über die Deckzellen im Epithel von Ureter und Harnblase, von H. Eggeling .. 134
Hochgradige Blasenkontraktion durch allmähliche Spüldehnung behandelt, von Mayo Robson 134
Über Blasenausdehnung (emergencies) und deren Behandlung, von Eugene Fuller 134
Zur Unterscheidung der Cystitis und Pyelitis, von G. Rosenfeld 135
Das Curettement der Blase als Behandlungsmethode der Cystitis. Experimentelle Studien, von Carlo Parascandolo und Eugenio Marchese 135
Eine klinische Vorlesung über Blasentuberkulose, von P. J. Freyer 135
Die Blase als Dynamometer, von Havelock Ellis und Pellacanis 159
Cystitis, von Chauvet 160
Organische Harnröhrenstriktur, von Henry Orendorf 162
Die Tuberkulose der Blase, von K. Ritter v. Hofmann 176
Über die frühzeitige Diagnose der Blasentuberkulose, von P. Asch 176
Tuberkulöse Ureteritis und Cystitis; Epyistotomie, Heilung, von Trombetta ... 176
Über Lithotripsie, von Goldberg 177
Über die Grenzen der Lithotripsie, von Bakó 177

Seite
Die Harnsteine der Blase und ihre operative Entfernung, von Miclescu 177
Über Blasensteinoperationen, von Otto Zuckerkandl 177
Ein (15,54 g schwerer) Blasenstein bei einem zweijährigen Knaben; Operation, Heilung, von P. J. Scannell 178
Blasenstein, Incisio hypogastrica, Heilung, von Vasiliu 178
Klinische Beobachtungen über Blasen- und Blasen-Urethralsteine, von K. d'Urso 178
Blasenstein bei einer 75jährigen Frau, Operation, Heilung, von C. Ballard 178
Zur Kenntnis der accessorischen Gänge am Penis, von Rudolf Paschkis 234
Zur Behandlung der Papillome der Harnröhre, von J. Karvonen 243
Über die Cystopexie in der Gynäkologie: eine neue abdominelle Operationsmethode, von Umberto Chiaventone 245
Eingekapselte Blasensteine, von Rafin 245
Die Hernie der Blase, von Voituriez 246
Trichomonas vaginalis in der weiblichen Harnblase, von Paul Baatz 320
104 Blasensteinoperationen, von Michel Christovitch 327
Über die sog. Cystitis cystica und über einen Fall von cystischem Papillom der Harnblase, von Otto Zuckerkandl 433
Lymphangiektasien des Penis und Scrotums, von Duhot 490
Die Katheterisierilisation, von Goldberg 500
Über ein nicht blennorrhoisches Infiltrat der Pars cavernosa urethrae, von M. Tschernow 499
Über die idiopathische Entzündung des Zellgewebes des Cavum Retzii, von Hassler 500
Prüfung der Urethroskope mittels der Endophotographie, von J. Cohn 501
Ein Sterilisationsapparat für die urologische Sprechstunde, von Goldschmidt.. 501
Über die extraperitonealen Zerreißungen der Harnblase nach Beckenfrakturen, von E. Joüon 551
Ein interessanter Fall von zweifelhaftem Geschlecht, von Franz Neugebauer. 585
Anomalien der Genitalien, von H. Roger 585
Zur cystoskopischen Technik, von Felix Schlagintweit 586
Behandlung der reflektorischen Anurie mit epiduralen Injektionen, von Bergouignan 586
Über Anurie, von Alexis V. Moschkowitz 587
Über Störungen der Harnentleerung, von Albert Seelig 587
Adrenalin in der urologischen Praxis, von A. v. Frisch 588
Die Technik der Cystoskopie beim Weibe, von Fred. Bierhoff 588
Ein neues Cystoskop für die gleichzeitige Katheterisierung beider Ureteren und für die doppelläufige Blasenspülung, von Fred. Bierhoff 589
Zur Frage der Katheterdesinfektion (nebst Besprechung des aseptischen Katheterismus), von Alfred Hock 589
Beitrag zur unblutigen Phimosenbehandlung, von Orlipski 589
Die Komplikationen der Phimosis und deren Behandlung, von Fred. Griffith . 590
Über den Wert der Frühbeschneidung (rituelle Circumcision), von S. N. Kutna. 590
Impermeable traumatische Striktur. Urethrektomie und Uretroraphie mit Fistelbildung über dem Schambein, von Bastin-Williams 591
Über anästhesierende Verfahren bei Penisoperationen mit besonderer Berücksichtigung der Oberstschen Methode, von Josef Sellei und Ignaz Farkas... 591
Zur Behandlung der sogenannten „plastischen Induration" der Corpora cavernosa penis, von E. Galewsky und W. Hübener 591
Die Radikalbehandlung des Carcinoma penis, von Edw. Wallace Lee 592
Die Vibriersonde, von Laskowski 592
Über den „Gargarismus" der Urethra posterior, von Binaghi 593
Fremdkörper in der Harnröhre des Mannes nebst Bemerkungen über die Psychologie solcher Fälle, von C. Posner 593
Zur Kasuistik der Fremdkörper in Harnröhre und Blase, von Carlo Ravasini 593
Ein eingeklemmter Stein in der Harnröhre des Weibes, von F. C. Ameiss..... 593
Ein Fall von eingeklemmtem Harnröhrenstein bei einem vierjährigen Knaben, von J. S. Triplett 593
Über die Behandlung der Strikturen der Harnröhre mittels Elektrolyse, von B. N. Cholzow 593
Harnröhrenstriktur beim Mann, von Henry H. Koehler 594
Über die elektrolytische Behandlung der Verengerungen des Harnkanals, von Cholzow 594

Seite

Über die Behandlung der Strikturen der Harnröhre mittels Elektrolyse, von Cholzow ... 594
Urethrogene Harninfektion? von Goldberg ... 594
Periurethrale Eiterung ohne Harnröhrenläsion, von Delefosse ... 595
Elektrolyse und Harnabscesse, von R. Duhot ... 595
Behandlung der Harninfiltration, der Harnabscesse, Urinfisteln und Fremdkörpern der Harnröhre, von H. Hartmann ... 595
Plötzlicher Exitus letalis während des Katheterisierens; Autopsie, von W. H. Peile 595
Katheterismus und Harnröhrenspülung, von M. Hartmann ... 595
Zur Behandlung der „chronischen, nicht blennorrhoischen Urethritis" (Waelsch), von Max Reichmann ... 595
Die klinische Bedeutung von chronischem Ausfluſs der Harnröhre, von H. M. Christian ... 595
Beitrag zum Studium der immediaten Urethralnaht bei den traumatischen Rupturen, von Jaja ... 596
Chronische Erkrankungen der Harnblase des Mannes, von H. H. Grant ... 596
Der Blasenverschluſs im Röntgenbilde, von M. v. Zeissl und G. Holzknecht. 596
Blasenstörungen bei Syringomyelie, von Albarran und Guilain ... 596
Weitere Bemerkungen zur Frage der cerebralen Blasenstörungen, zugleich ein Beitrag zur Diagnostik der Balkengeschwülste, von E. v. Czylharz ... 597
Hernia cruralis vesicae. Resektion, Heilung, von Umberto Manega ... 597
Intraperitoneale Ruptur der Blase — Beschreibung zweier Fälle, von denen einer nach der Sutur heilte —, von J. Shan M'Laren ... 597
Neues Instrument zur Abtragung von gutartigen Blasentumoren, von Kollmann 598
Die Fremdkörper der Blase. Schwierigkeiten der Lithotripsie, von M. Hartmann 598
400 Blasensteinoperationen, von A. v. Frisch ... 598
Über die Komplikation von Blasenstein und Tumorbildung in der Blase nebst Bericht über einen derartigen Fall, von E. C. Rosenow ... 600
Blasensteine, von W. Hind ... 600
Blasenstein bei Vorhandensein nur einer Niere, von Bardesco ... 600
Anuria calculosa, von Rafin und Verrière ... 600
Über Bacillurie und Cystitis beim Typhus und die Wirkung des Urotropins auf diese Zustände, von Hubert E. J. Biss ... 601
Die Diagnose und Behandlung der tuberkulösen Cystitis, von Joseph B. Bissell 601

b. Hoden und Samenbläschen.

Behandlung der Hoden- und Nebenhodentuberkulose, von Irvin Abell ... 162
Geisteskrankheiten, Masturbation und sexuelle Excesse, von Charles H. Hughes 162
Die Anatomie, Physiologie und Pathologie bei unvollständigem Descensus des Hodens (Hunterian Lecture), von W. McAdam Eccles ... 178
Dermoidcyste des Hodens, von C. C. Morris ... 179
Über das Vorhandensein einer pathogenen Substanz im Urin von Menschen, die an infektiöser Orchitis erkrankt sind, von A. Dorland ... 179
Ein Fall von Sterilität beim Manne infolge toter Spermatozoen; Heilung durch galvanische Elektrizität, von Gustav Blech ... 180
Über die Infektiosität alter epididymitischer Reste, von Loewenheim ... 180
Die Varicocele, von Bastin-Williams ... 181
Zur Kasuistik der Hydrocele bilocularis (Hydrocele en bissac der Franzosen), von Johann Fuchs ... 181
Die Kryoskopie der Hydrocelenflüssigkeit, von Marchetti ... 181
Noch ein Fall von Rezidiv nach der Winkelmannschen Radikaloperation der Hydrocele, von Gückel ... 181
Die Behandlung der Hydrocele, von J. Fort ... 181
Die Hydrocele und ihre Behandlung, von J. A. Fort ... 182
Über die extraseröse Versetzung des Hodens und ihre Anwendung bei der Hydrocele und Varicocele, von Longuet ... 182
Die Durchtrennung der Vasa deferentia und deren Beziehung zur neuropathischen Veranlagung, von H. C. Sharp ... 182
Ein Fall von Excision der Samenbläschen wegen primärer Tuberkulose, von J. F. Hodgson ... 182
Die umstimmenden Injektionen in der Behandlung der Nebenhodentuberkulose, von Bohdanowicz ... 246

Seite

Acht Fälle von Hodengeschwülsten, von Ch. L. Scudder 297
Spontane hämorrhagische Nekrose des Hodens ohne Torsion des Samenstranges (senile Gangrän des Hodens, Apoplexia testiculi), von Mauclaire..... 326
Ein Instrument, um die Hydrocele zu diagnostizieren, von F. Griffith..... 486
Beitrag zur Kenntnis der Orchitis der Prostatiker, von E. Desnos und K. Minet 486
Einige Fälle von idiopathischer Spermatorrhoe, von S. Sowinsky..... 495
Transplantation des Hodens, Anwendung zur Behandlung der Hodenektopie, von Mauclaire 551
Die Impotenz und ihre Behandlung mit Yohimbin-Spiegel, von V. d'Amato.... 601
Die Wirksamkeit des Yohimbins bei Impotenz, von Amit..... 602
Zur mechanischen Behandlung der Impotentia coëundi, von Karl Gerson..... 602
Die chirurgische Behandlung der Sterilität nach Obstruktion in der Epididymis. Nebst einer Studie über die Morphologie der menschlichen Spermatozoen, von Edward Martin, J. Berton Carnett, J. Valentine Levi und M. E. Pennington..... 602
Thatsachen und Theorien betreffs der Spermolyse 603
Spermatocystitis chronica atrox mit Streptokokken, von R. Duhot 603
Akute Orchitis, von W. Hind 608
Die Entzündungsherde im Nebenhoden, von Felix Legueu..... 604
Die Radikalkur der Hydrocele durch Injektionen von Karbolsäure, von William B. Coley und Preston A. Satterwhite..... 604
Zwei Fälle von Hydrocele mit ungewöhnlichen Erscheinungen, von F. Griffith 605
Technische Bemerkungen zur Winkelmannschen Hydrocelenoperation, von W. Mintz 605

c. Prostata.

Theorie und Praxis in der Bottinischen Operation, von Albert Freudenberg 115
Über die Atonie der Prostata, von Moritz Porosz 115
Wiederersatz eines Scrotums durch plastische Operation, von R. Guitéras..... 120
Myomektomie, partielle Prostatektomie als Behandlungsmethode bei Prostatavergrösserung, von Augustus Charles Bernays..... 160
Ein Beitrag zur Bottinischen Operation bei Prostatahypertrophie, von George Walker 160
Kongestion der Prostata, von Edward Seymour Moulton 160
Die Anwendung der Kauterisation in neuer Weise zur Beseitigung der Prostata-Obstruktion, von Wm. N. Wishard..... 161
Betrachtungen über die Bottini-Operation, von George Walker..... 168
Die Behandlung der Prostatasteine, von R. Tarnaud 183
Ein Fall von Enukleation von Prostataadenomen, von H. L. Barnard..... 183
Grofser Abscefs der Prostata, die sich zugleich nach Urethra und Rectum eröffnete, von Loumeau 183
Impotenz als Folge traumatischer Prostatitis, von H. Lohnstein..... 183
Verkannter Prostatismus, von E. Desnos..... 184
Die Pathologie und Ätiologie der Prostatahypertrophie: Incisio suprapubica mit Drainage und Myomektomie als Behandlungs- und Heilmethoden, von Augustus Charles Bernays..... 185
Moderne Behandlungsmethoden für die Prostatahypertrophie, von E. Desnos... 185
Behandlung der Dysurie der Prostatiker mit der Bottinischen Operation, von Rafin..... 186
Radikalbehandlung der Ischurie infolge von Prostatahypertrophie mittels Kauterisation der Prostata auf rektalem Wege, von Negretto..... 186
Über die Behandlung der Prostatakrankheiten, von A. Strausz 186
Die gegenwärtige Stellung der Bottinischen Operation, von O. Horwitz 186
Ein klinischer Vortrag über eine weitere Reihe von Fällen von Totalexstirpation der Prostata zur Radikalbehandlung der Hypertrophie derselben, von P. J. Freyer 187
Die Radikaloperation der Prostatahypertrophie, von Eugen Roth..... 187
Prostatektomie: Vorstellung von sechs operierten Fällen, nebst Bemerkungen über die Technik der Operation, von J. P. Bryson 187
Ein Prostataabscefs aus unbekannter Ursache, von Schloth 244
Der Gebrauch des Kauters bei Prostataoperationen, von N. Wishard 297
Über die operative Behandlung der Prostatahypertrophie, von Bransford-Lewis 298

Seite

Beitrag zum Studium der makroskopischen Anatomie der hypertrophischen Prostata, von J. Albarran und B. Motz 325
Perinealer Harnröhrenschnitt und Prostatektomie, von F. Leguen 436
Die endourethrale kaustische Excision der Prostata, von Schlagintweit..... 499
Die perineale Prostatektomie bei Hypertrophie der Vorsteherdrüse, von Verhoogen 500
Über die Reaktion des Prostatasekretes bei chronischer Prostatitis, von C. Pezzoli 605
Über die Reaktion des Prostatasekretes bei chronischer Prostatitis, von H. Lohnstein..... 606
Die operative Entfernung der Prostata-Adenome, von William Thomson 606
Die Behandlung der Prostatahypertrophie mittels der galvanokaustischen Methode nach Bottini, von Alb. Freudenberg 607
Über Dauerresultate, Mifserfolge und Rückfälle nach der Bottinischen Operation (für Prostatahypertrophie), von F. Kreissl..... 608
Beitrag zur Bottinischen Operation, von S. Jacoby..... 609
Anwendung der Galvanokaustik zur Beseitigung der Prostatahypertrophie nach einer neuen Methode, von Wm. N. Wishard 609
Die Atrophie der hypertrophischen Prostata nach Blofslegung der Drüse, von Jaboulay 609
Der gegenwärtige Stand der Behandlung der Prostatahypertrophie, von Mansell Moullin..... 610
Radikalheilung der Prostatahypertrophie, von J. Albarran..... 611
Die chirurgische Behandlung der Prostatahypertrophie, von Charles H. Chetwood 611
Die totale Extirpation der Prostata zur radikalen Heilung der Prostatahypertrophie, von P. J. Freyer..... 612
Chronische Prostatahypertrophie, behandelt nach der Methode von P. J. Freyer, von John Smyth 612
Prostatectomia suprapubica, von Floyd Willcox McRae..... 612
Die Prostatektomie bei erhöhter Dammlage, von Gobert Proust..... 612
Ein Prostatektomie-Forceps, von Ramon Guiteras..... 613

d. Nieren, Ureteren, Harn.

Beitrag zur Frage der Nephrolitiasis, der Hydro- und Pyonephrose, von Johannes Dsirne 116
Studie über die geographische Verbreitung der Harnsteinkrankheit, von Pierre Serguiewsky 117
Klinisches Bild und Diagnose der Hämaturien, von H. M. Christian 160
Cyklische Albuminurie, von Wm. E. Höger..... 161
Beiträge zur Harnkonservierung, von Varges..... 188
Beiträge zur Färbung des Harnsediments mit alizarin-sulfonsaurem Natron, von Knapp 188
Eine einfache Methode zur sofortigen quantitativen Bestimmung der Harnsäure im Urin, von J. Ruhemann..... 188
Urinverhaltung infolge von Einführung einer Flasche ins Rectum, von J. Good 188
Welche lokaldiagnostischen Schlüsse kann man aus der Untersuchung des Urins bei Urogenital-Erkrankungen ziehen? von Albert Seelig 189
Beitrag zur Kenntnis gerinnselartiger Gebilde im Urin, von Rothschild..... 189
Vortäuschung von Urininfiltration durch Blutaustritt unter der Perinealfascie, von S. English und R. J. Johnstone..... 189
Über einen eigentümlichen Urinbefund (Emulsions-Albuminurie) bei Eklampsie und Urämie, von Heinrich Cramer..... 189
Zum Nachweis von Eiweifs im Harne, von L. Laurent..... 190
Über Alkaptonurie, von A. E. Garrod..... 191
Über nichtdiabetische Glykosurien, von H. Strauss..... 191
Hämoglobinurie, Urobilinurie, Albuminurie a frigore, von Siciliano..... 191
Das Verhältnis der Hämoglobinurie zu den Nieren, von Tauszk..... 191
Ein Fall von Indigourie, von A. McPhedran und W. Godlie..... 192
Über Entstehung und Verhütung von Oxalurie und oxalsauren Nierensteinen, von G. Klemperer..... 192
Zur Wirkung des Urotropins bei Typhusbakteriurie, von Ernst Fuchs..... 193
Das Eindringen von Bakterien in die Blutbahn als Ursache des Urethralfiebers, von Bertelsmann und Mau..... 193

Seite

Die Exaktheit der negativen Röntgen-Diagnose bei Verdacht auf Nephritis und Urethritis calculosa, von Charles Lester Leonard 194
Bericht über die Ureteren-Katheterisierung im St. Louis City Hospital, von H. L. Nietert 194
Über die Ausscheidung der in die arterielle Blutbahn injizierten Bakterien durch die Niere, von P. Asch 244
Ein Fall von operativ geheilter traumatischer Harninkontinenz, von G. D. Woskressenski 244
Beitrag zur Frage der Nephrolithiasis, der Hydro- und Pyonephrose, von Johannes Dsirne 244
Über das operative Eingreifen bei Nierenentzündungen, von Alfred Pousson . 245
Studie über die geographische Verbreitung der Harnsteinkrankheit, von Pierre Serguiewsky 245
Die intravesikale Scheidung des Urins der beiden Nieren, von Henri Hartmann 246
Über einen Fall von Hämaturie, hervorgerufen durch Kontusion der Harnblase, von B. N. Cholzow 820
Zur Erleichterung der Entdeckung der Tuberkelbacillen im Urin, von J. P. Bryson 484
Die Bakteriurie der Kinder, von J. Poscharisky 495
Über die Ausscheidung der in die arterielle Blutbahn injizierten Bakterien durch die Niere, von Paul Asch 500
Über die nächtliche Pollakiurie und ihre semiologische Bedeutung, von Bazy... 613
Experimentelle Untersuchungen über Harnantiseptica, von Otto Sachs 613
Über die Wirkung von Salicylpräparaten auf die Harnwege nebst einigen Bemerkungen über die Genese der Cylinder und Cylindroide, von Hugo Lüthje 613
Über reine Cylindrurie bei künstlich erzeugter Gallenstauung, von P. S. Wallerstein 614
Vom Harnleiter-Blasen-Reflex, von M. P. Bazy 614
Über Chylurie, von A. Slosse 615
Über die rationelle Behandlungsmethode der Oxalurie, von H. Rosin..... 615
Über Glykosurien, welche durch Anwendung von Giften erzeugt werden, von Karl Schenk 615
Die chronische Pentosurie, von Luzzatto..... 616
Ein Beitrag zur Pentosurie, von F. Kaliski..... 616

e. Labien, Vagina.

Multiple sessile Tumoren der grofsen Schamlippen, von Burgio 194
Kraurosis und Ulcus rodens vulvae, von O. Kreis 195
Zur Histopathologie der venerischen Bartholinitis, von G. Nobl 242
Zur Histopathologie der venerischen Bartholinitis, von G. Nobl 289
Die Bartholinitis und ihre Behandlung, von Jullien 505
Beitrag zur Histologie und Therapie der Bartholinitis blennorrhagica, von G. Sorrentino 552

f. Blennorrhoe und Komplikationen.

Gonokokken in Lymphgefäfsen, von Dreyer 110
Durch Gonokokken verursachte Eiterung einer Herniotomiewunde bei einem Blennorrhoiker, von O. Guelliol 117
Beitrag zum Studium der Blennorrhagia acuta anterior, von C. Calderone 121
Die moderne Behandlung der Blennorrhoe, von M. C. Shanahan..... 161
Tripperrheumatismus, von J. Douglas Westervelt 163
Klinische Bemerkungen über den chronischen Tripper (gleet), von A. Ravogli. 195
Die Blennorrhoe des Weibes, von J. B. Killebrew 196
Zur bakteriologischen Diagnose der Blennorrhoe, von Ucke 196
Über den Gonococcus, das Gonotoxin und ihre Rolle für die Pathogenese der blennorrhoischen Erkrankungen, von Sobinski..... 197
Klinischer Beitrag zur Biologie der Gonokokken, von G. Nobl..... 198
Die Gonokokken in den Sekreten, von A. Ravogli..... 198
Gonokokken im Blute bei blennorrhoischer Polyarthritis, von Unger..... 198
Über blennorrhoische Arthritis, von Herzfeld..... 199

Seite

Blennorrhoischer Rheumatismus, von Chauffard 199
Die blennorrhoischen Osteopathien, von Philippet 200
Die Rolle der Prostata bei der Blennorrhoe, von Frederick Bierhoff 200
Über die blennorrhoischen Erkrankungen des Nervensystems, von Moltschanow 201
Die eitrige Epididymitis bei der Blennorrhoe, von Laurent 202
Die Blennorrhoe der weiblichen Geschlechtsorgane, von R. Kossmann 203
Ichthargan bei Blennorrhoe, von Berthold Goldberg 203
Zur Ichtharganbehandlung der Blennorrhoe, von Edmund Saalfeld 203
Das Protargol bei der Behandlung der Blennorrhoe, von Kesjakoff 204
Leitende Gesichtspunkte bei der Blennorrhoebehandlung, von Michaelis 204
Über einige wichtige Punkte bei der Blennorrhoebehandlung, von Scholz 204
Die Behandlung der akuten und subakuten Blennorrhoea anterior mit rückläufigen Einspritzungen stärkerer Silberlösungen, von H. G. Klotz 236
Zur Histologie der blennorrhoischen Strikturen der Harnröhre, von D. Raskai . 244
Eine neue Behandlungsmethode der Blennorrhoe, von Albert Markus 318
Über präputiale Schleimhautgänge der Littreschen Schleimdrüsen und deren blennorrhoische Erkrankung, von J. Fick 319
Die Wandungen einzelner blennorrhoischer Abscesse beim Penis, von Ch. Audry 322
Statistik über 1007 Blennorrhoen, die nach der Methode von Janet behandelt wurden, von Florence 322
Der Einfluſs der Blennorrhoe auf das Nervensystem, von J. Selenew 498
Über die blennorrhoische Prostatitis, von M. Tschernow 499
Die Behandlung der Blennorrhoe mit Albargin, von Tóth 555

Verschiedenes.

Beiderseitige Hydrocele bei einem Säugling; Nekrose des Unterkiefers nach Masern; Phlegmone des Penis und Scrotums, von H. R. Wharton 136
Zur Erinnerung an den 25jährigen Bestand der Breslauer Hautklinik 1877 bis 1902. Rückschau und Ausblick, von A. Neisser 154
Falten und Gesichtsausdruck, von J. Abbott Cantrell 160
Medico-historisches Kabinet 204
74. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Karlsbad 248
Berichtigung 248
Offener Brief an Prof. Reale, von M. Truffi 329
Umfrage über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten, von Guttstadt 355
Berichtigung 356
Die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 408
Brief aus Kleinasien, von E. v. Düring 408
Blütenlese von Geheimmitteln und Cosmetica, von E. Lindemann 408
Anweisungen für Patienten mit venerischen Erkrankungen, von C. L. Begg ... 464
Der Weichselzopf 465
Über einige weitere operative Nasenverkleinerungen, von Jacques Joseph 564
Robert Willan und die Dermatologie, von W. A. Hardaway 564
Celsus, von Iwan Bloch 616

Sachverzeichnis 617
Namenverzeichnis 632

Verzeichnis der Tafeln.

Zu S.

Über die durch Primelgift hervorgerufene Entzündung, von Wilhelm Wechselmann. Mit einer Tafel 1
Zur Pathologie des elastischen Gewebes, von E. Delbanco. Mit einer Tafel ... 57
Pagets disease, von R. Matzenauer. Mit einer Tafel 205
Die Hautsarkomatose. Klinische und histopathologische Studie von M. Pelagatti. Mit zwei Farbentafeln 249
Muskelsyphilis im Frühstadium, von R. Matzenauer. Mit einer Farbentafel ... 465

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 35. No. 1. 1. Juli 1902.

Über die durch Primelgift hervorgerufene Entzündung.

Von

Dr. Wilhelm Wechselmann - Berlin.

Mit einer Tafel.

Vor einigen Wochen konsultierte mich ein Herr wegen sehr heftigen, unerträglichen Juckens, welches ihn in den drei vorhergehenden Nächten gequält hatte, während es am Tage nur geringfügig war. Erscheinungen auf der Haut, aufser etwas Rötung, sollten nicht bemerkbar gewesen sein, insbesondere keinerlei urticariaähnliche Symptome. Die Untersuchung ergab auch an der Haut nichts Abnormes, aufser einer sehr feinen und offenbar durch reichliches Waschen verdünnten Epidermis. Eine Ursache für das Jucken konnte ich zunächst nicht finden; der Patient gab aber an, dafs er im Laufe des letzten Jahres ähnliche Juckanfälle stets heftiger Natur und von etwa zweitägiger Dauer schon öfter gehabt habe, die dann auf kühlende Umschläge sich verloren hätten. Als ich auf seine Beschäftigung und Lebensweise — der Herr war Rentier — näher einging, erfuhr ich nebenbei, dafs Patient einen Wintergarten besäfse und meine Frage, ob er sich auch mit den Gartenarbeiten beschäftige, wurde bejaht. Desgleichen bejahte er die Frage, ob er Primula obconica züchte, und gab des Weiteren an, dafs er gerade mit dieser in den letzten Tagen viel zu thun gehabt habe und, soweit er sich erinnern könne, auch bei den anderen Gelegenheiten, wo ihn der juckende Ausschlag betraf. Er vermied natürlich auf meinen Rat die weitere Berührung der Primel und blieb von seinen Anfällen verschont.

Aufserdem konnte ich noch bei einer jungen Gehilfin einer Gärtnerei, welche derbe, etwas rissige Haut an den Händen hatte, an der Volarseite der Radialgegend des rechten Handgelenks einen markstückgrofsen, mattroten, infiltrierten, zum Teil mit kleinen Bläschen bedeckten, juckenden Fleck beobachten, welchen sie auf Berührung der Primula obconica bezog und schon seit mehreren Wochen bemerkte. Sie gab an, dafs auch die Besitzerin und Kunden des Geschäfts durch diese Primel Hautentzündungen erworben hätten.

Da mich die Durchsicht der Litteratur belehrte, dafs eine die zahlreichen Einzelbeobachtungen zusammenfassende Darstellung der durch die Primel erzeugten Entzündungen nicht vorliegt, und deswegen die nicht so seltene Affektion den praktischen Ärzten wenig bekannt ist, nahm ich Veranlassung zu einer zusammenfassenden Darstellung.

Entzündungserregend wirkt vor allem die Primula obconica HANCE, weniger die Primula sinensis.

Wie HUSEMANN angiebt, ist die Primula obconica zuerst von HANCE 1880 im *Journal of Botany* (Vol. XVIII, p. 234) nach Exemplaren, welche T. WATTERS in der Provinz Hupeh in der Gegend von Jehang im Frühjahr 1879 gesammelt hatte, beschrieben worden. Entdeckt wurde sie von MARIES und verdankt ihre rasche Verbreitung ihrer leichten Anzucht und Kultur, und der beinahe ununterbrochenen — auch besonders im Winter — reichen Blütenbildung, so dafs sie auf der grofsen Primelausstellung 1886 in South Kensingtou mit dem ersten Preis ausgezeichnet wurde (BURGERSTEIN). Sie wurde nach ihrem, nicht wie bei anderen Arten, z. B. der Primula sinensis, am Grunde aufgeblasenen und abgestutzten, sondern zugespitzten und verengten Kelch benannt. Die Blumen bilden zu 10—12 eine Dolde; die becherförmige, rosaweifs oder blafsblau gefärbte Blumenkrone mit länglichen, zurückgebogenen Blumenblättern ist doppelt so lang, wie der Kelch. Der Griffel ist haarförmig, fast so lang als die Blumenröhre. Der Blütenschaft ist länger, als die rosettenartig gestellten, an der Basis herzförmigen, am oberen Ende sehr stumpfen, ausgeschweiften, unten blasseren Blätter. Die Frucht ist eine kuglige Kapsel. Die Pflanze zeigt an der Oberfläche der Blattnerven und Blattstiele, sowie am Kelch Behaarung; diese sind teils 2—3 mm lange, fadenförmige, zumeist an den Blattstielen und -Rippen, teils kurze, nur gerade sichtbare, 0,07 bis 0,5 mm lange, an den Blättern, speziell der Oberseite dieser, dicht gedrängt sitzende Haare. Die letzteren sind Drüsenhaare und sind aus drei säulenförmig übereinander gereihten cylindrischen Zellen gebildet, deren vorletzte die kürzeste und cylindrisch, während die Endzelle kuglig ist und eine Flüssigkeit absondert. Diese sammelt sich zwischen Zellwand und Cuticula an und treibt diese bläschenförmig auf. Bei Berührung platzt die zarte Hülle, der Inhalt tritt aus und die Zelle fällt zusammen (s. die schönen Abbildungen bei NESTLER[1]). Diese Flüssigkeit ist nach RIEHL farblos oder gelblich, auch zuweilen chlorophyllgrün, nach NESTLER eine dickflüssige, gelblich grüngefärbte, leicht Krystalle des monoklinen Systems bildende Substanz, welche eine organische Säure enthält (BURGERSTEIN) und an allen damit in Berührung kommenden Gegenständen, z. B. auch

[1] Die Abbildungen NESTLERS sind auf Tafel IV wiedergegeben, da diese höchst instruktiven Bilder an einer für ärztliche Leser schwer zugänglichen Stelle veröffenlicht sind.

der menschlichen Haut, leicht und zäh haften bleibt. Auch die vollständig trocken gewordenen oberirdischen Organe der Primel enthalten diese hautreizende Substanz in wirksamer Form. Das Sekret der Drüsenhaare ist in Wasser von 20° C. und verdünnter HCl unlöslich, in 96° Alkohol, in Äther und Chloroform, Terpentinöl, Benzol, 10%iger Kalilauge u. a. sehr leicht löslich.

In geringerem Maſse reizt auch die Primula sinensis, welche im Bau des Hautgewebes mit Primula obconica übereinstimmt. Hier möchte ich auch darauf hinweisen, daſs auch unsere Primula officinalis in der Wurzel zwei scharfe, kratzend oder brennend schmeckende, zum Niesen reizende Stoffe: das Primulin und den Primelkamphor enthält, welche von Mutschler dargestellt wurden. (Sitzungsberichte der physikalisch-medizinischen Societät zu Erlangen. 8. Heft. Novbr. 1875 bis Aug. 1876, S. 207.)

Die ersten Beobachtungen über durch Primula obconica hervorgerufene Entzündungen stammen aus dem Jahre 1889. White bezog in der englischen Gartenzeitschrift *Garden and Forest* vom 5. Mai 1888 eine Dermatitis venenata bei einem Gärtner nach differentialdiagnostischem Ausschluſs der anderen Pflanzen, mit welchen er zu thun gehabt hatte, mit Wahrscheinlichkeit auf Primula obconica und forderte zur Mitteilung ähnlicher Fälle auf. Am 20. Februar 1889 konnte er in derselben Zeitschrift eine Hautentzündung eines Gärtners und dessen Gehilfen als Primeldermatitis bezeichnen. Am 3. August 1889 berichtete ein anonymer Correspondent in *Gardeners Chronicle* über eine durch Primula obconica hervorgerufene Hautentzündung der Hände, des Gesichts und der Augen, die bei ihm selbst und Familienmitgliedern rezidivierend auftrat. In medizinischen Blättern hat zuerst Oldacres am 28. September 1889 im *British medical Journal* darüber berichtet. Bald mehrten sich die Beobachtungen in England und wurden besonders auf eine von der *Lancet* gestellte Anfrage im Jahre 1896 zahlreicher publiziert.

In Deutschland hat Riehl 1895 den ersten diesbezüglichen Fall veröffentlicht.

Die Hautaffektion charakterisiert sich als eine mit aufsergewöhnlich heftigem Jucken und oft sehr schmerzhaftem Brennen verbundene, bald nur zu vorübergehender leichter, bald zu starker, erysipelartiger Rötung und polsterartiger Schwellung gesteigerter, manchmal Quaddeln oder Papeln, weitaus öfter Bläschen und selbst groſse, bis tauben- und hühnereigroſse, bei Nestler 6 cm lange, 3,5 cm breite, 1,5 cm hohe Blasen mit serösem, ja auch sanguinolentem Inhalt produzierende Dermatitis. Die Blasen sind von der ganzen Epidermis gebildet, also durch heftige Exsudation die Basalzellen von den Papillen losgerissen (Riehl). Sie befällt stets die Hände, besonders die Finger, die Interdigitalfalten und den Handrücken, etwas weniger die Palmarfläche, auch die Vorder-

arme und das Gesicht, besonders die Augenlider, Wangen, Kinn, Ohren, also diejenigen Teile, welche entweder mit dem Sekret der Pflanze direkt in Berührung kommen oder auf welche es von den mit dem Gift imprägnierten Händen übertragen wird. Dieser Sitz ist aufserordentlich charakteristisch, so dafs bei Sitz der Affektionen am Rumpf, wie bei dem von Östreicher in der Berliner dermatologischen Gesellschaft als zweifelhafte Primeldermatitis vorgestellten Fall, die Diagnose als unsicher betrachtet werden mufs, da ein solcher Sitz sonst nie beobachtet wurde. Piza berichtet von einem Fall, wo eine junge Dame, die einen Primelstrauſs an dem Brustausschnitt des Ballkleides trug, von dort ausgehend eine heftige, ausgedehnte Dermatitis acquirierte. Barton berichtet von Schwellungen des Penis, Lee von solchen der Schleimhäute der Augen, Nase und Mundhöhle. Ein Fall von Kirk ist durch kolossale Schwellungen der Mund- und Rachenorgane ausgezeichnet und verdient besonders beachtet zu werden.

Es handelte sich um eine 39jährige Frau, Schwester eines Kretins, die von Kirk selbst als in einem frühen Stadium von Myxödem stehend angesehen wurde; sie erkrankte plötzlich mit Schwindel von einer halben Stunde Dauer und bekam zwei Stunden später Blasen auf den Lippen, die innerhalb 5—10 Minuten rapid anschwollen. Dazu gesellte sich bald Trockenheit des Schlundes, Schluckbeschwerden, heftige Schmerzen an der Zunge, besonders der Zungenspitze. Es fand sich eine kolossale Schwellung der Lippen, der vorderen Zungenhälfte, welche zugleich starke Papillenschwellung, wie eine Scharlachzunge, zeigte. Am Übergang des harten zum weichen Gaumen zwei ovale Stellen mit stark injizierten Gefäſsen auf beiden Seiten von der Mittellinie, Uvula geschwollen, Arcus leicht gerötet. Hingegen war die Buccalmucosa, das Palat. durum, die hintere Zungenhälfte, die Tonsillen und der Pharynx wenig oder gar nicht affiziert. Überreichlicher Speichelfluſs. Schwellung der unteren Gesichtshälfte und der Unterkinngegend; rechte Submaxillardrüse geschwollen. Obere Gesichtshälfte und Augenlider frei! Puls 60, Temp. 98,6 F. in axilla.

Ein ähnlicher milderer Anfall soll schon einen Monat früher aufgetreten und in 24 Stunden vorübergegangen sein.

Die Erscheinungen nahmen noch einen Tag lang zu, gingen auch auf die Nasenschleimhaut an beiden Seiten des Septums über und besserten sich dann zwei Tage lang auf Thyreoidextrakt, das Kirk wegen des vermeintlichen akuten Myxödemanfalls gab, unter Abschuppung der Lippen und Exfoliation der Zungenschleimhaut. Am vierten Tage aber trat eine neue Exacerbation in der Mundhöhle zugleich mit vesikulöser Eruption an den Wangen und Brennen und Jucken, Schwellung und Rötung der Hände, besonders der Daumen, zumal am Rücken des Nagelgliedes auf. Nach Abheilung unter Thyreoidbehandlung traten doch hin und wieder schwere

Dermatitiden an den Händen und dem Gesicht bei geringerer Beteiligung der Mundhöhle auf, die von einem Hautarzt als Erysipel aufgefafst wurden. Erst ihr Gärtner machte sie auf die Möglichkeit einer durch Primelgift verursachten Hautentzündung aufmerksam. Nun gab sie zu, dafs sie häufig mit dieser Pflanze hantiert und gelegentlich die Blumen gekaut und den Saft verschluckt hatte. Nach Entfernung der Pflanze trat kein Anfall mehr auf, aufser als sie aus Neugier ein Blatt für kurze Zeit in Berührung mit ihren Lippen brachte, wodurch diese und die Zungenspitze für einige Stunden anschwollen.

Auch die Augen werden von dem Gift der Primel zur Entzündung gebracht; manchmal tritt nur Conjunctivitis auf, manchmal aber auch schwerere Erscheinungen iritischer Natur, leichte Trübung des Kammerwassers (Wolters nach Primula sinensis); ja sogar Iritis und Hypopion mit Beschlägen auf der Descemetschen Membran ist von Hilbert bei einer Dame beobachtet worden, die nur an einer eben geschenkten Primula obconica gerochen hatte.

Die Anfälle wiederholen sich, da die Patienten die Ursache nicht kennen und meiden, in längeren oder kürzeren Zwischenräumen, während zuweilen die Haut noch nicht völlig geheilt ist, und es kommt dadurch eine rezidivierende, akute, subakute oder auch chronische (Heuss) Form von Dermatitis zu stande. Das Allgemeinbefinden leidet zumal bei diesen Formen ungemein, da die subjektiven Beschwerden, Jucken, Brennen, Schmerz, oft unerträglich und auch von Allgemeinerscheinungen, wie Frösteln, Kopfweh, Abgeschlagenheit, Schlaflosigkeit und nervöser Unruhe begleitet sind.

Heuss giebt an, dafs die Krankheit fieberlos verläuft. Die Störungen des Allgemeinbefindens lassen das Gegenteil vermuten; Temperaturmessungen sind bei den Beobachtungen selten erwähnt: P. W. Schmidt (*Lancet.* 18. April 1896, S. 1113), mafs bei zwei von Primeldermatitis ergriffenen Nonnen 103° F. = 39,5° C., Kirk (l. c.) 98,6° F., Cross 99—99,4° F., also normale Temperatur, Hilbert 38,7°. Buri giebt Temperaturen von 39—40, ja einmal soll sicher 42,3°! (nicht vom Arzt) gemessen worden sein.

Die Krankheit befällt naturgemäfs nur Personen, die sich mit Blumenpflege beschäftigen, deshalb vornehmlich Damen oder Gärtner aus Beruf oder Liebhaberei.

Einen gewissen Hinweis für die Diagnose bietet der Umstand, dafs die Krankheit oft bei Veränderung des Aufenthaltsortes schwindet, um bei Rückkehr in die gewohnte Umgebung wiederzukehren. So verhielt es sich z. B. schon in dem ersten von Oldacres berichteten Fall; ebenso in dem von F. W. A. Stott (*Lancet.* 11. April 1896, S. 1040), wo die Affektion bei einer Dame auf der Reise stets schwand, um zu Hause

schnell wiederzukehren, aber einmal auch in der Fremde auftrat, als ihr ihr Mann einen Blumenkorb mit der ominösen Pflanze gesandt hatte; ebenso in dem Falle von Blaschko, der eine Dame behandelte, welche ebenso wie ihre zwei Schwestern an rezidivierenden „nervösen Ekzemen", die sich später als Primeldermatitis herausstellten, litt und schon seit Jahren beobachtete, dafs, wenn sie eine Reise machte, die Krankheit sofort heilte, und dafs dieselbe zurückkehrte, wenn sie wieder in ihren vier Wänden war. Auch in Buris Fall verschwand die schwere Affektion stets bei Wechsel des Aufenthaltsortes; sie kehrte jedoch nach Entfernung der Primula obconica noch mehrmals wieder, „der böse Geist der Primel spukte noch im Haus", so dafs Buri Zweifel an der Diagnose bekam; dieses auch von anderen berichtete Rezidivieren nach Entfernung der Pflanze erklärt sich aber aus der ungemeinen Haftbarkeit des zähen Primelsekrets an allen möglichen Gegenständen.

Sicherlich sind die Menschen, wie die Erfahrung und das Experiment lehren, für das Primelgift verschieden empfänglich; es ist sogar wahrscheinlich, dafs der gröfste Teil der Menschen gegen das Gift immun ist. Burgerstein giebt an, dafs der Hofgartendirektor von Schönbrunn ihm mitgeteilt habe, dafs dort einige Male Hauterkrankungen durch Primula obconica leichterer Natur vorgekommen sind und dafs es jedesmal dieselben zwei Personen waren, während alle anderen mit der Pflanze beschäftigten Gärtner von jeder Erkrankung verschont blieben. In anderen Gärten kamen Erkrankungen überhaupt nicht vor. Eine gewisse Feinheit, aber auch wieder Rissigkeit und Derbheit der Haut scheint die Disposition zu erhöhen; Kirk nimmt in seinem Fall als prädisponierende Ursache einen gewissen Status von Myxödem als sicher an; Pooley nimmt an, dafs bei einem Gärtner erst durch Überstehen eines Erysipels die Disposition für die Primeldermatitis erworben worden sei. Dafs andere Hautaffektionen, wie Seborrhoe, von Einfluſs sind, läſst sich nicht nachweisen. Aber auch die Empfänglichen hantieren oft lange Zeit, z. B. die so schwer betroffene Patientin Kirks 1—2 Jahre, straflos mit der Primel, bis der erste Anfall von Dermatitis erfolgt; von diesem Moment an aber genügt auch die kleinste Spur des Primelgiftes, um die heftigsten Erscheinungen hervorzurufen, ein Umstand, der wesentlich zur Verschleierung der Diagnose beiträgt. Auch die Experimente zeigen, dafs der Giftstoff öfter nicht bei der ersten Berührung seine schädlichen Wirkungen entfaltet. So rieb sich Kirk zunächst zweimal stark mit den Blättern auf die Volarseite des Vorderarms, sowie mit einem mit heifsem Wasser zubereiteten Extrakt ohne Erfolg ein; als dann noch verschiedene starke Einreibungen erfolglos blieben, band er eine Blüte auf wundgeriebene Haut über Nacht fest, und erst da trat ein 9—10 Tage dauernder Bläschenausschlag auf. Piza berichtet von einem Herrn, der viermal an

sich ohne Erfolg experimentieren liefs, bis beim fünften Mal, als das Stück eines Blütenstiels durch sieben Stunden am Vorderarm festgebunden war, ein roter Fleck von der Gröfse des verwendeten Stiels erschien und siebzehn Tage später ein Bläschenausschlag an der Applikationsstelle. Auch NESTLER stellte zunächst an sich zwei erfolglose Einreibungsversuche an und vier erfolglose an Dr. FORTNER; bei diesem trat im fünften Versuch erst nach 17 Tagen die Wirkung ein. Wir haben es also hier mit einer ganz analogen Erscheinung zu thun, wie bei manchen Arzneiexanthemen, z. B. den Antipyrinexanthemen, wo ich darauf hingewiesen habe, dafs auch der erste Ausbruch meist nicht erfolgt, wenn jemand das erste Mal Antipyrin gebraucht, sondern dafs es von den meisten Menschen eine Zeit lang ohne Nebenwirkung auf die Haut genommen wird, bis plötzlich auf dieselbe Dosis hin der erste Ausbruch des Exanthems erfolgt und von da an jede Einverleibung des Antipyrins prompt mit dem Ausschlag beantwortet wird. Man kann sich diesen Begriff der „erworbenen Idiosynkrasie" vielleicht verdeutlichen durch die Annahme, dafs das Primelgift von vornherein die Zellen und besonders die Gefäfse schädigt, dafs aber der Organismus diese Schädlichkeit bis zu einem gewissen Grade, wenn auch nicht völlig, ausgleicht. Ist jedoch durch Summation der Reize eine gewisse Schwelle überschritten, so hört möglicherweise die Anpassungsfähigkeit des Organismus auf und nun kommt es zu den schweren Entzündungserscheinungen. Dazu genügen alsdann bekanntlich an der Grenze des Vorstellbaren stehende Spuren. So zitiert HUSEMANN Experimente von PFAFF (*Journal of experimental Med.* 1897. Vol. II, pag. 181) mit dem dem Cardol nahe verwandten Gift des Rhus toxicodendron, wonach schon $^1/_{200}$ Milligramm derartig intensive Hautentzündung bewirkte, dafs der ganze Vorderarm stark geschwollen war und selbst auf Applikation von $^1/_{1000}$ Milligramm in 2 Tropfen Olivenöl heftiges Jucken, Dutzende von Vesikeln und Schwellung der Applikationsstelle eintrat. Auch das Sekret der Primula obconica erregte bei NESTLER in mit freiem Auge kaum sichtbaren Mengen, die experimenti causa auf die Haut des Unterarms gebracht wurden, mehr weniger starke Blasenbildung.

Sehr bemerkenswert ist der Umstand, dafs das Primelgift nicht sofort, wie etwa die Brennessel, sondern meist erst nach Stunden, Tagen, ja sogar Wochen seine Wirksamkeit entfaltet, so dafs auch dadurch die Aufmerksamkeit der Patienten von der Noxe abgelenkt wird. Dies beweisen die Krankengeschichten, besonders aber die Versuche. KINGSLEY ACKLAND z. B. berichtet von einer Dame, welche den Verdacht hatte, dafs eine Hautentzündung der Hände und des Kinns durch Primula obconica verursacht sei und daher versuchshalber mit ihrem nackten Vorderarm ein Bündel der Blätter streifte und erst nach mehr als zwölf Stunden ein

papulöses Exanthem bekam. Bei KIRK trat, als er sich ein Blatt in die Herzgrube applizierte, erst nach zehn Tagen Jucken und Rötung, die zwei Wochen anhielt, auf. Bei dem Herrn, von dem PIZA berichtet, trat die Dermatitis gar erst nach siebzehn Tagen auf; im ersten Versuch NESTLERS trat die Dermatitis nach zwei Tagen auf und dauerte circa 3 Wochen; im zweiten Versuch, der mit sehr kleinen, mit unbewaffnetem Auge kaum sichtbaren Sekretmassen angestellt wurde, trat schon nach sieben Stunden eine kleine Rötung, aber kein Jucken, deutliche Erscheinungen aber erst am folgenden Tage auf, die noch durch drei Tage hindurch zunahmen.

Diese Erscheinung dürfte wohl so zu deuten sein, dafs das Gift auf der unverletzten Hornschicht der Epidermis nicht wirkt, sondern erst, wenn es in tiefere Schichten der Haut durchgedrungen, also etwas resorbiert ist. Nun ist ja das Gift in Wasser unlöslich, aber in dem Sekret der Haut, besonders dem Fett, wohl etwas löslich, so dafs die eher oder später erfolgende Wirkung der gröfseren oder geringeren Sekretion der Haut parallel gehen mag.

Hinsichtlich der Therapie — die ja nach Stellung der Diagnose natürlich in der Entfernung der Ursache liegt — verdient NESTLERS Vorschlag, den er auch an sich mit Erfolg anwandte, mit dem aber auch schon NEALE im Jahre 1897 Erfolg hatte, die betroffenen Partien mit 96° Alkohol abzureiben, um das auf der Haut sitzende Gift in Lösung zu bringen und zu entfernen, volle Beachtung. Doch scheinen auch Zinkgelatine (WERMANN) und Liniment exsiccans PICK gute Dienste zu leisten.

Litteratur.

1. JAMES C. WHITE. *Garden and Forest.* 2. Mai 1888. S. 118.
2. JAMES C. WHITE. *Garden and Forest.* 20. Febr. 1889. S. 94.
3. *Gardeners Chronicle.* 4. Aug. 1889.
4. OLDACRES, Toxic symptomes produced by handling Primula obconica. *British med. Journ.* 28. Sept. 1889. S. 719.
5. SYM. Ebenda. 20. Sept. 1890. S. 686.
6. Notiz in *Lancet.* 20. Sept. 1890. S. 633.
7. Eczema caused by Primula obconica von CLARKE, NAIME LEE, FERGUSON. *British med. Journ.* 4. Okt. u. 25. Okt. 1890. S. 789/90 u. 954.
8. Urticaria due to Primula obconica GERALD SOUTHERN. *Lancet.* 10. Jan. 1891. S. 112.
9. S. A. L. SWAN. Ebenda. 25. April 1891. S. 960.
10. POOLEY. *Lancet.* 22. Juli 1893. S. 195.
11. KINGSLEY ACKLAND. *Lancet.* 29. Juli 1893. S. 289.
12. RIEHL, Über Dermatitis durch Berührung einer Primel. *Wiener klin. Wochenschr.* 1895. No. 11, S. 197.
13. STEVENSON, HOOD, ELLIOT, LEECH. *Lancet.* 4. April 1896. S. 968.
14. MURELL, STOTT, GILLET. *Lancet.* 11. April 1896. S. 1040.
15. SCHMIDT, GRAY. *Lancet.* 18. April 1896. S. 1113.

16. Clemesha. *Lancet.* 23. Mai 1896. S. 1468.
17. Headley Neale. *British med. Journ.* 29. Mai 1896. S. 1346.
18. Waldo. *Lancet.* 30. Mai 1896. S. 1539. *Lancet.* 19. Dezbr. 1896. S. 1802.
19. Frenmann. *St. Barthol. hosp. Journ.* März 1896 (mir nicht zugänglich).
20. Henslow. *Royal horticultural Society.* 24. Novbr. 1896 (mir nicht zugänglich).
21. Neale. *British med. Journ.* 1897. S. 1346.
22. Frayer. Ebenda. 26. Juni 1897. S. 1669.
23. Arctander (Storchedinge). *Annales de dermatol.* August 1897. S. 1100, und *Hospitals Tidende.* 1896. S. 553.
24. Huskmann. *Wiener med. Blätter.* 1898. No. 26 u. 27.
25. Leighton. *British med. Journ.* 15. Okt. 1898. S. 1159.
26. Castraire Douglas. Ebenda. 5. Nov. 1898. S. 1472.
27. Allen C. Sym. Ebenda. 12. Nov. 1898. S. 1535.
28. Cross. Ebenda. 18. Juni 1898. S. 1639.
29. Geyl und van Praag. *Monatshefte.* XXII. S. 173.
30. Dubois-Havenith. *Presse med. belge.* 1898. S. 90. *Monatshefte.* XXVIII. S. 262.
31. Hopf. *Dermatol. Centralblatt.* 1898/99. S. 3.
32. Kirk, On acute affections of the skin an mucous membrane of the mouth in an early stage of Myxoedema; Primula obconica an alleged exciting cause in one case. *Lancet.* 4. März 1899. S. 579.
33. Kirk, On the effects of Primula obconica in the skin. Ebenda. 17. Juni 1899. S. 1630.
34. Gram Niels. *Archiv f. Derm.* Bd. 47, S. 444, und *Hosp. Tidende.* 4. Reihe. Bd. V, 25.
35. Wermann, Über die durch Berührung der Primula obconica entstehende Hautentzündung. *Dermatol. Zeitschrift.* 1898. S. 786.
36. Heuss, Über chronische Primeldermatitis. *Monatsh. f. Dermat.* 1899. Bd. 29, S. 3.
37. White. *Dermat. Zeitschrift.* 1899. S. 150.
38. Hilbert, Zur Kenntnis der Iritis toxica. *Wochenschrift für Therapie und Hygiene des Auges.* 1900. No. 24.
39. Peters und Wolters, Augenerkrankung durch Primula sinensis. Sitzung der niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde am 21. Mai 1900. *Deutsche med. Wochenschr.* 18. Okt. 1900. S. 249.
40. Piza, Über Hautentzündung durch Primelgift. *Deutsche med. Wochenschr.* 8. Nov. 1900. S. 723.
41. Nestler, Die hautreizende Wirkung der Primula obconica Hauck und Primula sinensis Lindl. Berichte der deutschen botan. Ges. 18. Jahrg. S. 327 ff. Autoreferat im *Archiv f. Derm. u. Syph.* Bd. LIX, S. 296.
42. Nestler, Zur Kenntnis der hautreizenden Wirkung der Primula obconica Hauck. Berichte der deutschen botan. Ges. 18. Bd., S. 189 ff. Autoreferat im *Archiv f. Derm. u. Syph.* Bd. LIX, S. 296.
43. Barton. *Lancet.* 1899. S. 1717.
44. Burgerstein. *Wiener illustr. Gartenbauztg.* 1899. Heft 11.
45. Kobert. *Münch. med. Wochenschr.* 1900. No. 47.
46. Buri. *Monatshefte.* XXXIII. S. 11.
47. Oesterreicher. Verhandl. d. Berl. derm. Ges. 1900/01. S. 22 ff.
48. Dreyer. *Münch. med. Wochenschr.* 1902. No. 14, S. 574 (erschien während des Druckes dieser Arbeit).
49. Caspary, Erytheme in *Dtsch. Klinik.*
50. Jadassohn, Toxidermien. *Dtsch. Klinik.* S. 146.

Erklärung der Abbildungen.*

Fig. 1—5. Drüsenhaare eines Blütenstieles der Primula obconica mit verschiedenen Entwickelungsstadien des Sekretes. Das sich ergiefsende Sekret (*s, 4, 5*) bedeckt das Trichomende, zum Teil auch die Seitenwände der übrigen Trichomzellen. V. 200.

Fig. 6. Drei Endzellen eines sechszelligen Trichoms; an den Seitenwänden haften Sekretmassen (*s*); die Endzelle (*k*) ist bedeckt mit einer im allgemeinen farblosen, an manchen Stellen schwach gelblichen, undeutlichen Masse. V. 200.

Fig. 7. Gelbe Sekretmassen mit Krystallen. V. 360.

Fig. 8. Isolierte, gelbe Krystalle und Kombinationen derselben. V. 360.

Fig. 9. Krystallbildungen nach Zusatz von verdünnter Salzsäure zu dem Sekret der Drüsenhaare von Primula sinensis. V. 200.

---

* Die Aufnahme der Arbeit war ursprünglich für Band 34 vorgesehen, daher der nicht entsprechende Aufdruck auf der Tafel.

Über die Wandungen gonorrhoischer Abscesse des Penis.

Von

Prof. Ch. Audry-Toulouse.

Über die pathologische Anatomie der Abscesse, die im Verlauf eines Trippers in der Umgebung der männlichen Harnröhre auftreten, besitzen wir bislang nur wenige Kenntnisse. Man nimmt an, dafs sie in Divertikeln der Urethra zu stande kommen, doch liegen bestimmte Beweise hierfür noch nicht vor. Ich selbst habe bis jetzt 10 solcher Abscesse zu Gesicht bekommen; leider konnte ich nur in drei Fällen die Wandungen untersuchen. Die beiden ersten boten gar nichts Interessantes, die Beschreibung des dritten Falles lasse ich jetzt folgen.

Rezidivierender Abscefs des mittleren Teils des Penis, anscheinend ohne Zusammenhang mit der Harnröhre; das Epithel der Abscefshöhle hatte epidermischen Charakter.

Die Präparate stammten von einem 25jährigen, kräftigen jungen Menschen. Seinen ersten Tripper hatte er mit 16 Jahren. Schon damals entwickelte sich an der oberen Fläche des Penis ein Abscefs, der sich von selber nach aufsen entleerte und innerhalb eines Monats heilte. Mit 21 Jahren zweite Gonorrhoe mit einem ähnlichen Abscefs, der in derselben Weise verlief. Den jetzigen Tripper hat er sich vor ungefähr zwei

Monaten geholt. Drei Wochen nach der Ansteckung spürte er Schmerz und Schwellung an der Unterfläche seines Gliedes; wieder bildete und entleerte sich von selber ein ähnlicher Abscefs. Dann aber entstand nach einigen Tagen ein zweiter abscedierender Tumor. Als ich den Patienten zuerst sah, hatte er an der Unterfläche seines Gliedes, ungefähr in der Mitte, eine längliche, harte, mit der Haut verwachsene Geschwulst; die Urethra zeigte zwei kleine Fisteln; beide Öffnungen führten in eine kleine Höhle, die etwas Eiter enthielt; den Gonococcus konnte ich im Eiter nicht nachweisen, trotzdem er in dem Sekret der Harnröhre in reichlichster Menge vorhanden war.

Die entzündlichen und verhärteten Massen werden in der Narkose von dem Corpus cavernosum, dem sie anhaften, entfernt; an einem der ausgeschnittenen Stücke befinden sich zwei gelbliche Punkte.

Die Stücke werden in Alkohol gehärtet, mit Blau polychromicum, Safranin, Hämatin gefärbt u. s. w.

Das interessanteste, oder vielmehr das einzig interessante von allen Präparaten war nun dasjenige, welches die beiden kleinen gelben, eben erwähnten Punkte enthielt. Diese Punkte stellten den Durchschnitt einer kleinen Röhre dar und entsprachen dem Schnitt durch eine kleine, mit Epithel ausgekleidete Höhlung.

Dem ersten Röhrchen oder Kanälchen kommt die meiste Bedeutung zu; es bildet den Querschnitt durch eine kleine ausgebuchtete Cyste und ist mit einem zweifellos MALPIGHIschen Epithelstreifen ausgekleidet. Dieses Epithel hat eine stark papilläre Anordnung; nur sind die einzelnen Papillen durch Epithelzapfen von einander getrennt, die länger als in der normalen Haut sind; aufserdem sind sie ganz unregelmäfsig. Der Epithelstreifen ist nur an einer Stelle unterbrochen, woselbst er durch eine Erosion zerstört zu sein scheint. Seine Dicke unterliegt beträchtlichen Schwankungen, hat an einzelnen Stellen nur zwei, an anderen bis zu zehn Zellschichten, im Bereich der interpapillären Epithelzapfen sogar noch mehr. Je dicker das Epithel ist, um so leichter erkennt man den MALPIGHIschen Typus; zuerst trifft man auf eine Keimschicht, deren ursprünglich cylindrische Zellen sich an den Stellen, wo die Keimschicht sehr dünn ist, in kubische und polygonale umwandeln. Darauf folgt ein sehr schönes „Corpus mucosum“ mit deutlichen Verbindungsfäden. Die Stachelzellen sind teils normal, teils scheinen die Kerne arm an Chromatin zu sein. Körnerschicht und Hornschicht fehlen gänzlich. Die MALPIGHIschen Zellen schauen in das Innere der Höhlung. Zwischen den Cylinderzellen der Keimschicht und auch zwischen den Stachelzellen gewahrt man mononukleäre und einzelne Lymphzellen. Unter den am dichtesten stehenden MALPIGHIschen Zellen dagegen befinden sich viele polynukleäre, als ob sie aus der Höhle stammten. Mitosen konnte ich nirgends wahrnehmen.

Lymphkörperchen sind stellenweise in grofser Menge in das Epithel eingedrungen. Dieses letztere ist gefenstert, mit Alveolen versehen, krümelig (morcelé), oder schliefslich von kleinen, aus 20—30 Polynukleären gebildeten Abscessen unterminiert. In der Höhlung selber befinden sich stellenweise Anhäufungen von polynukleären Zellen.

Das subepitheliale Bindegewebe ist in ganz ausnahmsweisem Mafse von Zellen infiltriert, die den UNNAschen Plasmazellen gleichen, aber auch von den grofsen einkernigen Zellen schwer zu trennen sind. Durch das Infiltrat hindurch ziehen sich Blut- und Lymphkapillaren, letztere enthalten vielkernige Zellen. Die Bindegewebsbündel sind nur noch durch ein alveoläres Netzwerk angedeutet.

In tieferen Teilen des Gewebes stöfst man hier und da auf Lymphkörperchen, auf Zellen von allen möglichen Formen, die aber niemals verzweigt sind und die nach Art der Mastzellen mit Methylenblau eine Rosafärbung annehmen.

Der zweite der erwähnten beiden gelblichen Punkte entspricht einer Epithelausstülpung; in den ersten Schnitten erscheint selbige hohl, in den letzten nicht. Das Gewebe besteht hier aus einem dicken Streifen MALPIGHIschen Epithels. Dieses Gewebe ist an dem hohlen Teil der Ausstülpung krümelig und stark mit Lymphzellen durchsetzt, die die Stachelzellen auseinander drängen; ein grofser Teil der letzteren ist an ihren Ernährungsfäden leicht erkennbar. Der nicht hohle Teil des Präparats ist mit Granulationen ausgefüllt; die Zellinfiltration ist hier viel geringer. Die entzündliche Infiltration, welche dieses Röhrchen umgiebt, ist ähnlich der, wie sie bei dem anderen Präparat schon beschrieben wurde, nur dafs die Lymphocyten dort eine gröfsere Rolle spielen.

Es handelt sich demnach bei diesen beiden Gebilden um eine Art Cyste, die mit ektodermem Epithel ausgekleidet ist und durch die Gonorrhoe infiziert wurde; aus dem Bestehenbleiben der Epithelhülle erklären die Tripperrezidive sich leicht.

Es fragt sich nun, ob alle Abscesse des Penis auf diese Weise zu stande kommen; zur Beantwortung dieser Frage sind aber noch weitere Beobachtungen erforderlich. Im vorliegenden Fall war die Abscefshöhle ganz sicher mit Epidermis ausgekleidet. Woher stammte diese? Entstand sie vielleicht dadurch, dafs in einem mit cylindrischem Epithel ausgekleideten Harnröhrendivertikel eine entzündliche Metaplasie Platz griff? Bekannt ist ja, dafs das Harnröhrenepithel infolge chronischer Entzündung an seiner Hornschicht und an seiner MALPIGHIschen Schicht thatsächlich eine oft völlige Umbildung erfährt. Doch glaube ich nicht, dafs die Sache sich hier so verhält; vielmehr nehme ich an, dafs der dermoide Bau der Höhle schon vor dem Beginn der Entzündung bestand, denn ich hatte schon früher einmal Gelegenheit, eine ziemlich umfangreiche Urethral-

tasche auszuschneiden und zu untersuchen, in der sich vorher keinerlei Entzündung abgespielt hatte; aber auch hier hatte die Höhlenwandung epidermoidalen Bau.[1] Freilich saſs sie in der Perineo-scrotal-Gegend; immerhin aber glaube ich behaupten zu dürfen, daſs es latente, juxtaurethrale Epidermoidcysten giebt, die neben den Harnröhrendrüsen bestehen und die bei dem Zustandekommen der gonorrhoischen Penisabscesse eine Rolle spielen können.

(Übersetzt von Dr. TÜRKHEIM-Hamburg.)

[1] *Archives Provinciales de Chirurgie.* 1897. S. 674.

Beitrag zur Ätiologie der Cystitis.

Von

Dr. BERTHOLD GOLDBERG,
Köln-Wildungen.

Seitdem Bahnbrecher der urologischen Bakteriologie, wie ROVSING (1) und MELCHIOR (2), die Behauptung aufgestellt haben, daſs die instrumentellen Infektionen der Harnwege entständen durch Hineinschieben der Urethralmikrobien mit dem Instrument, daſs also durch Sterilisation der Katheter die Infektionen nicht vermeidbar seien, sind nachhaltige Widersprüche gegen diese Theorie kaum laut geworden.

Wenn dem so wäre, so würde die Kathetersterilisation ganz auſserordentlich an Bedeutung verlieren; es ist also keineswegs müſsig, an der Ätiologie und Pathogenese der Harninfektion den Wert der Kathetersterilisation zu messen.

Wollen wir die Ätiologie der Cystitis unter dem Gesichtspunkt der Kathetersterilisation betrachten, so müssen wir die Cystitiden in zwei Gruppen einteilen: die Cystitiden nicht katheterisierter Personen, die Cystitiden katheterisierter Personen.

Die erste Gruppe hat nur vermöge ihrer relativen Gröſse für unsere Frage Bedeutung. Wenn die weitaus überwiegende Mehrzahl der Cystitiden entsteht, ohne daſs oder ehe Instrumente in die Harnwege eingeführt würden, so könnte man selbst für die andere Gruppe den Standpunkt des „post hoc, ergo non propter hoc“ einnehmen.

Gruppe I.

Die Cystitiden nicht katheterisierter Personen.

Bei nicht katheterisierten Personen entstehen Blaseninfektionen durch Eindringen von Krankheitserregern[1] a) in den Blasenurin oder b) in die Blasengefäfse.

a) in den Blasenurin dringen Bakterien:

1. von unten her, aus der Harnröhre:

Die gonorrhoische Cystitis, und zwar die primäre Gonokokkencystitis repräsentiert vornehmlich, vielleicht ausschliefslich, diese Gruppe der zentripetalen Fortpflanzung einer Urethralinfektion. Es ist hier sofort eine Präzision des Begriffes gonorrhoische Spontancystitis notwendig: nicht bloſs die mit Instrumenten, sondern auch die mit Injektionen ohne Instrumenteneinführung behandelten Gonorrhoen müssen bei wissenschaftlicher Verwertung aus dieser Gruppe der Spontancystitis ausscheiden; denn ob man mit Flüssigkeiten oder mit festen Körpern Keime in die Blase treibt, ist ja ganz gleichgiltig! Nun braucht man nicht auf dem Standpunkt zu stehen, daſs der Befund anderer Mikrobien bei Gonorrhoecystitis das Fehlen der Gonokokken oder ihre Bedeutungslosigkeit als Cystitiserreger beweise; denn es ist sehr schwierig, die Gonokokken kulturell von anderen Mikrobien zu isolieren, es ist ferner auch tinktoriell nach den Untersuchungen Winklers schwierig, Uringonokokken nachzuweisen, da der Urin ihre Färbbarkeit beeinträchtigt. Man braucht ferner nicht die Auffassung von Posner-Lewin-Richter (3) zu teilen, welche aus der Schluſsportion des Spontanurins bei acht Gonorrhoecystitiden niemals Gonokokken, mehrmals aber Urethraldiplokokken fanden — es wäre verwunderlich, wenn sie sie nicht gefunden hätten[2] —, und nun „die anscheinend harmlosen Diplokokken, die gewöhnlichen Bewohner der Urethra, ihre Harmlosigkeit einbüſsen und die alleinigen Erreger einer Cystitis“ werden lassen, einmal am 14. (Fall 3), einmal am 11. (Fall 7) Tage einer akuten Gonokokkeninfektion, und man wird dennoch wegen der Existenz der echten rein spontanen Gonokokkencystitis sich an der hohen Bedeutung des artefiziellen Mikrobienimports bei der Frage nach der so oder so möglichen Entstehung einer Cystitis bei Gonorrhoe gar nicht irre machen lassen dürfen.

Urethralinfektionen anderer Natur können aus einer infolge von Striktur oder von Sphinkterinsufficienz nicht mehr von der Blase abgeschlossenen Harnröhre, insbesondere aus der kurzen Harnröhre des

---

[1] Daſs das Eindringen der Krankheitserreger allein nicht ausreicht, die Cystitis zu erzeugen (vom Proteus Hauser abgesehen), sondern daſs eine Hilfsursache hinzukommen muſs, setze ich stillschweigend stets voraus.

[2] So urteilt auch Rovsing. *Ann. Guyon.* 1898. S. 185.

Weibes, auch wohl spontan in die Blase sich fortpflanzen; daſs spontane puerperale Cystitiden häufig urethraler Herkunft sind, wie ALBARRAN (4) angiebt, ist nicht nachgewiesen; es kommen hier stets auch andere Quellen und andere Wege der Infektion in Frage.

Aus einer gesunden und normalen Harnröhre wird auch eine durch Retention, Trauma, Hyperämie infektionsempfängliche Harnblase nicht spontan infiziert.

2. von oben her, von den Nieren her, ureterorenal entstehen Spontancystitiden, indem die Bakterien des Blutes durch die Nieren in den Harn eliminiert werden.

Klinisch sichergestellt ist dieser Infektionsmodus für manche tuberkulöse Cystitiden, für Typhuscystitis, für Cystitiden nach Septikämien. Ob den enterogenen Cystitiden desgleichen auf dem Wege durch Blut und Nieren die Bakterien zugeführt werden, ist eine noch umstrittene Frage. Wir müssen auch diese Frage in den Kreis unserer Betrachtungen ziehen; denn wenn dieser Weg der regelmäſsige und lückenlos bewiesene bei den Harninfektionen mit Darmkeimen, insbesondere bei den Colibakteriurien und Colicystitiden nicht Katheterisierter ist, so liegt auch bei den Katheterisierten aus dieser Gruppe kein zwingender Grund vor, nur wegen der Zufälligkeit des Katheterismus den gang und gäben Weg der Infektion auszuschlieſsen. Und in der That betonten POSNER-LEWIN (3) in der Einleitung zu den „Untersuchungen über die Infektion der Harnwege", daſs man durch den Nachweis anderer Infektionsmodi zuweilen es wahrscheinlich mache, daſs bei einer „Kathetercystitis" ein ursächlicher Zusammenhang zwischen „Katheter" und „Cystitis" nicht bestehe.

Es ist hier nicht der Ort, in die Details dieser Streitfrage einzutreten. Aber es ist notwendig hervorzuheben, daſs die Ergebnisse POSNER-LEWINS zu gunsten der enterohämatogenen Pathogenese von Urininfektionen in den letzten Jahren mehrfach bestritten worden sind. MARCUS (5) verneint geradezu die Möglichkeit. Er hat durch Injektion von Bakterien ins Rectum mit darauffolgender Rektalurethralocclusion nur in drei von 84 Fällen Bakteriämie mit Bakteriurie entstehen sehen, in 31 Versuchen aber, bei denen er auch die kleinste Verletzung der Blut- und Lymphbahnen vermied, niemals Bakteriämie. VAN CALCAR (6) schaltete bei den POSNER-LEWINschen Versuchen beide Nieren aus, um dadurch zu beweisen, daſs der Infektionsweg — er bekam bei dilatierter Blase fast stets Cystitis — nicht durch die Nieren gehe. Mit Recht hebt FALTIN (7) hervor, daſs die CALCARsche Versuchsanordnung Bedingungen schaffe, die so abweichend von denen der Colicystitis beim Menschen seien, so äuſserst eingreifende Veränderungen setzten, daſs daraus gar keine Schlüsse auf die Pathogenese der Urininfektion beim Menschen zu ziehen seien. Nach der entgegengesetzten Richtung hin bemängelt er die MARCUSschen Ex-

perimente; MARCUS hat nur 24 Stunden lang bei seinen Kaninchen die Rektalocclusion bestehen lassen, das bedeute keine Kotstauung; indem er (FALTIN) die Versuche nach MARCUS, ohne jedes Trauma, aber mit mehr als zweitägiger Rektalocclusion, wiederholte, bekam er öfters Bakteriämie mit Bakteriurie.

POSNER (8) hat nun noch einmal im Jahre 1900 mit COHN die Versuche wiederholt und dabei auch zur Vermeidung eines Trauma den Verschluſs von Mastdarm und Harnröhre mit Celloidin hergestellt. Von fünf Versuchen fielen vier positiv aus; zwei Tiere starben, zwei wurden getötet; nachdem fand man die injizierten Bakterien oder die Darmparasiten in den Organen, im Blut und im Urin.

Nichtsdestoweniger will FALTIN, welcher seit 1895 über diese Frage experimentell gearbeitet hat, die enterohämatogene Entstehung von Bakteriurie und Cystitis nicht gelten lassen; er sucht den Nachweis zu führen, daſs in den POSNERschen Versuchen die Bakteriämie stets als ein agonaler, prämortaler Vorgang aufzufassen sei. Eine vorübergehende Bakteriämie könne vom Darm aus nicht erzeugt werden. „Es ist weder mir, noch einem anderen Experimentator einwandsfrei geglückt, durch künstliche Koprostase oder auf andere Weise Bakterien vom Darm aus erst ins Blut und dann durch die Nieren in die Blase zu bringen und schlieſslich eine Cystitis hervorzurufen, ohne daſs das Versuchstier daran zu Grunde gegangen wäre.“ Er wolle allerdings keineswegs behaupten, daſs auch beim Menschen immer enterogene Bakteriämie mit konsekutiver Bakteriurie prämortale Vorgänge seien. Betonen wir nun zum Schluſs, daſs es POSNER selbst schon 1896 „fern lag, die Bedeutung dieser Vorkommnisse — der Cystitis durch enterohämatogene Autoinfektion nämlich — für die tägliche Praxis zu überschätzen“, so dürfen wir wohl heute, 1902, bei unbefangener Prüfung aller Arbeiten sagen: Keineswegs ist der enterohämatogene Infektionsmodus für die Spontancystitiden so sichergestellt, daſs man bei ähnlichen Cystitiden nach Katheterismus den Katheterismus eine sekundäre oder gar keine Rolle spielen lassen dürfte.

b) Aber es können ja die Bakterien auch direkt aus der Nachbarwand längs der Lymphbahnen in die Blasenwand eindringen.

WREDEN (9) war der erste, der diesen Infektionsweg für den Darm experimentell nachzuahmen suchte. Die im vorstehenden angeführten Autoren kommen durch ihre Ergebnisse bezüglich des renalen Infektionsweges indirekt dazu, die WREDENsche Auffassung zu stützen (MARCUS und VAN CALCAR) oder zu bekämpfen (POSNER); eine gründliche direkte Nachprüfung hat FALTIN angestellt. Ohne wiederum in Details der Versuche einzudringen, müssen wir dennoch ihre Ergebnisse hier mitteilen, um über die Allgemeingültigkeit einer rektovesikalen Pathogenese der Cystitis orientiert zu sein. WREDEN kam zu folgendem Schluſs: Jede

Verletzung der Mastdarmschleimhaut in der Blasengegend erzeugt Cystitis, auch wenn die Blase ungeschädigt war; die Intensität, die bakterielle Art der Blasenentzündung ist dabei durchaus entsprechend der Intensität und der etwaigen bakteriellen Komplikation der Rektalläsion.

Wäre das richtig, wäre in der That die rektale Entstehung einer Cystitis so aufserordentlich zu fürchten, so brauchte man sich angesichts der grofsen Häufigkeit, angesichts der Leichtigkeit des Zustandekommens epithelialer Rektalläsionen nicht mehr viel über anderweitige Entstehungsarten der Cystitis den Kopf zu zerbrechen und könnte selbst bei Cystitiden nach Katheterisierungen mit mindestens dem gleichen Recht einer supponierten Rektalläsion, z. B. durch harte Kotballen, die Schuld zuschieben, als einer supponierten Verunreinigung des Katheters!

Aber es sind sehr bemerkenswerte Einwendungen gegen Wredens Versuche erhoben worden. Posner[3] sagt in dieser Hinsicht: „Es fehlen in der Wredenschen Arbeit sowohl die anatomischen Nachweise der Bahn der Entzündungserreger, als bakteriologische Untersuchungen des Peritoneum, des Körperblutes und des Nierensekretes.“ Faltin[4] äufsert sich dahin, „dafs Wreden, wenigstens nach seiner Beschreibung zu beurteilen, nur ungefärbte Harnpräparate untersucht hat und Kulturen nur in Bouillon angelegt hat. Im normalen Kaninchenharn kann man mitunter Gebilde sehen, die leicht mit Eiterkörperchen, Fetttröpfchen und Bacillen verwechselt werden können.“

Nicht genug mit diesen Einwänden, man kann heute sagen, dafs die umfassenden Nachprüfungen Faltins Wredens Ergebnisse nicht bestätigt, ja, ihre Bedeutung für die Pathogenese der Cystitis in praktischer Hinsicht auf ein Minimum reduziert haben.

Die ersten Versuche Faltins, angestellt in den Jahren 1895/1896, 55 an der Zahl, widerlegten bereits mit Sicherheit die Behauptung von der rektalen Entstehung einer Cystitis bei ungeschädigter Blase. Nur ein einziges Mal in 35 Versuchen gelang es, ohne gleichzeitige Penisligatur oder sonstige Schädigung der Blase, eine allmählich sich entwickelnde Cystitis hervorzurufen — und zwar war diesem Tiere „die Rektalschleimhaut in grofser Ausdehnung abgeschabt worden“ —; meist starben nach den schweren Rektalläsionen die Tiere binnen 24 Stunden an Peritonitis oder Sepsis, mit Bakterien in allen Organen, also auch in der Blase; nach den leichten Rektalläsionen mit Bakterieninjektion wurde niemals weder Cystitis oder auch nur Bakteriurie beobachtet. — War hingegen die Blase geschädigt, so hatten nach diesen Anfangsversuchen Faltins bakterielle Rektalläsionen

[3] l. c. S. 411.
[4] l. c. S. 407.

„mit gröfster Wahrscheinlichkeit mitunter“ Bakteriurie und Cystitis zur Folge.

Die fortgesetzten, vielfach in der Methodik verbesserten Untersuchungen Faltins hatten folgende Ergebnisse:

a) Rektalläsionen ohne Penisligatur hatten, wenn sie sich auf die Mucosa beschränkten — 8 Versuche — niemals, wenn sie bis in die Submucosa hineinreichten — 10 Versuche — niemals Cystitis oder auch nur Bakteriurie zur Folge, wenn sie endlich durch die ganze Dicke der Wand gingen — 6 Versuche — nur zweimal Bakteriurie, und zwar als eine unwesentliche Folgeerscheinung tötlicher Peritonitis zur Folge.

b) Rektalläsionen mit Penisligatur (durch Umstechung der Harnröhre) bewirkten, wenn sie leicht waren, niemals Cystitis (einmal Sepsis, † 4 Versuche), wenn sie mittelgrofs waren (6 Versuche) zweimal, wenn sie schwerster Art waren (8 Versuche) in der Hälfte der Fälle Cystitis.

Wenn man nun bedenkt, dafs in den positiven Versuchen die Rektalläsionen folgender Art sind:

43 ein bis in die Submucosa reichender Rifs mit der Curette, mit Staphylococcus pyogenes aureus infiziert;

38 ein Rifs desgleichen, mit Proteus Hauser infiziert; zudem fand sich ein prävesikaler in die Blase rupturierter Abscefs;

35 eine Perforation des Rectum, mit Proteus und Staphylococcus pyogenes aureus infiziert;

56 eine 4 cm lange, 1 cm breite Brandwunde (Bacterium coli und Streptokokken);

71 eine Rektalprostataperforation,

so wird man zugeben müssen: Die fortgesetzten Versuche Faltins haben seine Anfangsversuche in soweit korrigiert, dafs auch der letzte Rest von Stütze für die praktische Bedeutung der Wredenschen Theorie gefallen ist.

Die letzte Versuchsreihe Faltins bezieht sich auf die Bedeutung der künstlichen Koprostase für die Pathogenese der Cystitis. Ihre Ergebnisse hinsichtlich des hämotorenalen Infektionsmodus haben wir schon oben beleuchtet; für die direkte Überwanderung durch die Lymphbahnen der Darmblasenwand sprechen allerdings die positiven Ergebnisse von 6 unter 26 Versuchen, bezw. von 3 unter 12 Versuchen; aber da die Kotstauung mindestens 48 Stunden gedauert haben mufs, da die alsdann entstandenen Darmveränderungen (mäfsige Auftreibung mit kleineren und gröfseren Hämorrhagien, mifsfarbige Flecke, kleinere und gröfsere Nekrosen) so tiefgreifend sind, dafs später Peritonitis oder Sepsis und Tod eintritt, so besagen auch diese positiven Versuche für die Entstehung der spontanen Colicystitis, welche wir beim Menschen beobachten, nichts von Belang:

denn diese ist nicht eine von Peritonitis, Sepsis, Enteronekrose begleitete tötliche Krankheit, sondern eine gutartige, beschränkte Entzündung.

Und so ergiebt sich im ganzen:

Die Ergebnisse der neuesten Forschungen drängen nicht nur nicht dazu, bei Harninfektionen nach Katheterismus dennoch an Autoinfektion zu denken, sondern sie weisen eher darauf hin, hier und da bei einer vermeintlichen Autoinfektion nach der Möglichkeit eines externen Mikrobienimports zu fahnden.

Gruppe II.

Die Katheterisierungscystitiden.

a) Dafs aus erkrankter Urethra die etwaigen Krankheitserreger artefiziell in die Blase hineingebracht werden können, unterliegt keinem Zweifel. (S. o.)

b) Wie aber, wenn die Urethra gesund?

Ist hier der Katheter der Transporteur der urethralen Mikrobien? Sind diese urethralen Mikrobien die gewöhnlichen Erreger der Cystitis?

Das wäre die erste Frage, die Aufklärung fordert. Da wir aber nur vom Gesichtspunkt der Praxis, der Prophylaxe und der Therapie hier ausgehen, so erhebt sich die weitere Frage:

Sind diese Urethralmikrobien so wenig unschädlich zu machen, dafs sie den sterilen Katheterismus vereiteln? Infiziert das sterile Instrument durch Mikrobienimport aus der nicht gesäuberten Harnröhre? Infiziert auch das sterile Instrument selbst nach „Desinfektion" der Harnröhre?

1. Sind die Urethralmikrobien die gewöhnlichen Erreger der Cystitis?

Lustgarten und Mannaberg (10), die ersten, welche die Flora der gesunden Urethra studiert haben, fanden durch mikroskopische Untersuchung bei gesunden Männern und Knaben 4 Bacillen, 6 Kokken; von den Kokken kamen am häufigsten grofse runde Monokokken, ovoide Diplokokken, grofse abgeplattet nahe aneinander liegende Diplokokken vor; Bacillen fanden sich meistens, wenn das Präputialsekret reichlich war. Kulturell isolierten sie bei zwei Personen durch Abimpfung auf Fleischpeptonagar 10 Kokken und 1 Bacillus. Der Bacillus, der Form nach vielleicht als „Pseudodiphtheriebacillus" zu charakterisieren, ist nicht mit einer sonst bekannten Art identifiziert. Unter den Kokken sind vorwiegend nach ihrer Form und nach ihrem Wachstum auf Agar und Gelatine unterschieden der Diplococcus subflavus Bumm, ein diesem ähnlicher Diplococcus (Pseudogonokokken), zwei Streptokokken, von denen einer als „giganteus urethrae" bezeichnet wird, und zwei Staphylokokken, von denen einer als „aureus" sich zeigte.

Nur die letzten beiden Arten, Streptokokken und Staphylokokken könnten als Cystitismikrobien in Erwägung gezogen werden; jedoch bemerken die Autoren selbst, dafs ihre Arten nicht pathogen seien; ferner fanden sie im Spontanharn die Urethralkokken zum Teil wieder und bemerken, dafs dieselben nicht im Urin wachsen und ihn nicht zersetzen.

Rovsing (1) geht nun schon viel weiter als Lustgarten und Mannaberg. Während letztere sehr vorsichtig äufsern, dafs vielleicht eine fakultative Pathogenität der Urethralmikrobien angenommen werden könne, ist Rovsing der eigentliche Urheber der Lehre von der Identität der Urethralmikrobien und der Cystitismikrobien. Rovsing unterscheidet die Harninfektionen in: 1. Bakteriurien, 2. Pyelitiden ohne Cystitis, 3. Pyelitiden mit sekundärer Cystitis, 4. Cystitiden. Die Bakteriurien sind nach seiner Ansicht Coliurien; für sie kommt, da Bacterium coli kein Bewohner der Urethra, die urethrogene Entstehung nicht in Frage. Die Pyelitiden sind als primäre Erkrankungen der oberen Harnorgane desgleichen einer urethralen Pathogenese gar nicht verdächtig. Bleiben die Cystitiden. Die Cystitiden nun teilt Rovsing in saure und ammoniakalische ein. Von den sauren Cystitiden (Fall 114—126), bei welchen dreimal Tuberkulose, viermal Gonorrhoe, dreimal Colibacillen, zweimal Streptococcus pyogenes, einmal Staphylococcus aureus sich fand, nimmt er selbst eine urethrale Ätiologie nicht an. Dahingegen sagt er: „La cystite ammoniacale, dans les majorité des cas, survient à la suite d'introduction d'instruments, est causée par conséquent, par des germes de l'urèthre.“[5] Von seinen 66 ammoniakalischen Cystitiden führt er demnach etwa 40 auf Urethralmikrobien zurück. Die Bakteriologie dieser Fälle: (25 mal Staphylococcus pyogenes aureus s. albus, siebenmal derselbe nur mikroskopisch nachgewiesen, Diplococcus ureae viermal, Staphylococcus ureae sechsmal, Coccobacillus urae, Sarcina ureae viermal, Bacillus longus ureae achtmal, Proteus Hauseri fünfmal) stimmt in der That anscheinend mit den Urethralbefunden Rovsings überein; er sah bei 30 gesunden Personen in 22 Fällen 3 Staphylokokken, 3 Streptokokken, 3 Diplokokken, 2 Mikrokokken. Dafs alle diese Urethralkokken ammoniogen waren, ist nicht zu verwundern, denn Rovsing impfte aus der Urethra auf Urin ab, und untersuchte weiter eben nur die alkalisch gewordenen. Pyogen aber nennt er selbst nur zwei dieser Urethralkokken, d. s. 16%; unter den Mikrobien seiner alkalischen Cystitiden sind ca. 60% pyogene Staphylokokken. Bedenkt man nun aber weiter, dafs die Abtrennung der Coliurien als harmloser Harnverunreinigungen von den eigentlichen Harninfektionen durchaus unhaltbar und von keiner Seite bestätigt worden ist, dafs man

[5] Ich citiere Rovsing nach der neuesten Ausgabe seiner Arbeit, d. i. die französische (1897, 1898).

die 33 sogenannten „Bakteriurien“ oder „Coliurien“ Rovsings den Harninfektionen zuzählen muſs, so reduziert sich der Prozentsatz von Übereinstimmung der Cystitismikrobien und Urethralmikrobien selbst bei dem Urheber dieser Auffassung auf ca. 20 : 112, d. i. ca. 17%.

Petit und Wassermann (11) haben aus der Urethra von vier gesunden Männern 5 Mikrokokken und 6 Bacillen isoliert. Sie haben Form, Gröſse, Gramfärbung, Wachstum auf Bouillon, Gelatine, Agar, Harn, Kartoffeln studiert. Die Mikrokokken zersetzten alle mehr oder weniger den Harnstoff, aber keiner erwies sich als pathogen. Ebensowenig fanden sich unter den Bacillen pathogene; auch ist keiner der Cystitiserreger gefunden worden. Sie bekämpfen also die Anschauungen Rovsings.

Melchior (2) hat bei Untersuchung der gesunden Urethren von sechs Männern und sechs Frauen unter 11 Arten von Bakterien 3 pathogene gefunden, einmal Staphylococcus ureae liquefaciens, einmal Streptococcus pyogenes, einmal Bacterium coli.

Posner-Lewin-Richter (3) sind auch geneigt, anzunehmen, daſs die für gewöhnlich nicht pathogenen Urethralmikrobien pathogen, bezw. cystiogen werden können; sie haben den Spontanharn, nicht Katheterharn bakteriologisch untersucht, und bei 22 Cystitiden nicht weniger als achtmal Staphylococcus pyogenes und urethrale Diplokokken vorgefunden; in vier normalen Urethren fanden sie nie, jedoch in drei von sechs postgonorrhoischen Staphylococcus pyogenes.

Franz (12) hat nun im selben Jahre bei der bakteriologischen Vergleichung des Urethralinhalts und des Spontanurins urologisch gesunder Männer in nicht weniger als 16 von 18 Fällen positiver Befunde die gleichen Bakterien vorgefunden; daher ist der hohe Prozentsatz von 40% Identität zwischen Urethral- und Cystitismikrobien bei Posner-Lewin-Richter, die den Urin behufs bakteriologischer Untersuchung nicht mit Katheter entnahmen, nicht recht für unsere Frage zu verwerten. Im übrigen hat Franz von 41 Urethren 13 steril, 28 nicht steril gefunden; auch bei ihm finden wir unter den 18 beschriebenen Arten, von einem Einzelbefund von Bacterium coli abgesehen, nur einen der gewöhnlichen Cystitismikrobien, diesen, den Staphylococcus pyogenes allerdings achtmal, in 20%.

Tano (13) hat die Urethralfilamente bei der Urethritis chronica des männlichen Geschlechtes bakteriologisch untersucht. Wenngleich es sich hier streng genommen nicht um gesunde Urethren handelt, will ich seine Ergebnisse doch hier verwerten, weil man unter der Entstehung einer Cystitis aus einer kranken Urethra mehr die Fortpflanzung der akuten primären Infektionen derselben versteht. Nun, Tano isolierte zwar nicht weniger als 16 Kokken und 10 Bacillen, aber unter diesen zahlreichen Mikroorganismen befanden sich keine pathogenen; auch den Staphylococcus

pyogenes aureus fand er bei nicht instrumentell behandelten Personen niemals. Er schliefst selbst, dafs die Mehrzahl der Cystitismikrobien von den die Urethritis chronica begleitenden Keimen verschieden sei.

Bemerken wir nun endlich noch, dafs Cohn (14) die Urethra posterior gesunder Männer steril fand, dafs van Calcar (6) gänzliche Nichtidentität der Urathralmikrobien und der Cystitismikrobien behauptet, wobei er freilich in das entgegengesetzte Extrem wie Rovsing verfällt, das Bacterium coli als „den", als den einzigen Cystitismikroben zu betrachten, dafs Faltin, als er bei 51 Männern nach allen Regeln der Kunst danach suchte, nur einmal das Bacterium coli in der Urethra fand, so dürfen wir wohl zusammenfassend die oben aufgeworfene Frage dahin beantworten: Die Urethralmikrobien sind nicht die gewöhnlichen Erreger der Cystitis, mit Ausnahme des Staphylococcus pyogenes, der in 10—20% der Cystitiden und auch in 10—20% der Urethren gefunden wird.

2. Infiziert auch der sterile Katheter durch Mikrobienimport aus der Harnröhre?

Da nun nach den übereinstimmenden Ergebnissen der verschiedenen Autoren die Miktion nicht ausreicht, um die Urethra von ihren Bewohnern zu reinigen, so ist die Möglichkeit nicht zu leugnen, dafs etwa vorhanden gewesene und auch nach der Miktion verbliebene Staphylokokken aus der Urethra in die Blase hineingeschoben worden sind. Wie oft bei den Staphylokokkencystitiden diese Möglichkeit zur Thatsache geworden war, entzieht sich der Schätzung, weil so detaillierte Nachweise in den einzelnen Fällen nicht vorliegen und auch nicht vorliegen können. Nur selten sind bei ein und demselben Kranken dieselben Mikrobien aus der normalen Urethra und nachher aus der Blase gezüchtet worden. Ist nämlich der Befund der Identität von Urethralmikrobien und Cystitismikrobien bei schon bestehender Cystitis erhoben worden, so ist es ebensogut möglich, dafs der Harn die Urethra, als dafs die Urethra den Harn infiziert habe.

Wird also der Kreis der urethrogenen Harninfektionen schon durch die in 80—90% bestehende Nichtidentität der Mikrobien eingeengt, so wird bei näherem Eingehen von den restierenden 10—20% noch mancher Fall anders erklärt werden können, mancher anders erklärt werden müssen. Ja, wenn der Staphylococcus pyogenes nur in der Harnröhre vorkäme?

3. Infiziert auch der sterile Katheter nach „Desinfektion" der Harnröhre?

Wir wollen uns aber nunmehr der wichtigsten Frage zuwenden und untersuchen, ob denn nun die Infektion der Blase aus einer gesunden Harnröhre vermieden werden kann. Denn die Frage, ob von den bereits

zu stande gekommenen Harninfektionen einige auf die Urethralmikrobien zu beziehen sind, ist wissenschaftlich interessant; die Frage aber, ob die Gefahr, die einer noch gesunden Harnblase von den Urethralmikrobien droht, gebannt werden kann, ist praktisch von der gröfsten Wichtigkeit. Nicht nur hängt die Ausführung der entsprechenden Vorbeugungsmafsregel bezw. der Urethraldesinfektion selbst von ihrer Beantwortung ab, sondern auch die Sorgfalt der Katheterisierung wird durch sie wesentlich beeinflufst; denn wozu eine absolute Keimfreiheit der Katheter erstreben, wenn die böse Urethra all unsere Mühe wieder zu schanden macht?

Hören wir nun, wie die Autoren sich zu dieser Frage stellen.

Rovsing (1) nimmt an, dafs die ammoniogenen Urethralmikrobien durch Spülungen nicht beseitigt werden könnten; er zieht daraus die logische Konsequenz, jedem Katheterismus eine prophylaktische Desinfektion der in die Blase hineingeschobenen Urethralmikrobien in der Blase selbst folgen zu lassen, und zwar mit ausreichend keimtötenden Lösungen von Höllenstein.

Posner (3) erklärt: „Machtloser stehen wir der urethralen Infektion gegenüber, die wir lediglich durch sorgfältige Reinigung des Urethraleingangs, nicht aber durch wirksame antiseptische Ausspülung der Urethra selbst zu bekämpfen vermögen."

Cohn (14) registriert es „als bekannte Thatsache", dafs man durch Spülung der Urethra die in derselben befindlichen Mikroorganismen nicht beseitigt und schlägt vor, weiche Katheter nur durch einen sterilen Metalltubus hindurch in die Blase einzuführen.

Faltin (7) suchte die Frage auf experimentellem Wege zu lösen. Er desinfizierte die Urethra eines Kaninchens und band sie dann für 43½ Stunden ab (Versuch 53). Nach Ablauf dieser Zeit führte er einen sterilen Katheter ein. Der Harn war blutig, aber steril. Den zweiten Katheterismus führte er mit einem durch Bacterium coli und Streptokokken infizierten Katheter aus: nach 24 Stunden war eine Cystitis mit Eiter, Blut, Streptokokken und Bacillen entstanden. Ein zweiter Versuch (54) hatte das gleiche Ergebnis. Demnach entstehe eine urethrogene Harninfektion nach Urethraldesinfektion gar nicht; selbst ohne solche entstand nur eine vorübergehende, milde, keine „eigentliche" Bacteriurie, „geschweige denn eine Cystitis".

In dieser aus dem Jahre 1901 rührenden Arbeit finden wir also eine Thatsache, die sehr im Widerspruch zu der Schulmeinung steht.

Ich erwähnte schon oben, dafs diese Schulmeinung den Untersuchungen von Lustgarten und Mannaberg, sowie von Petit und Wassermann ihren Ursprung verdankt.

Lustgarten und Mannaberg (10) haben sich aber mit dieser praktischen Seite der Frage überhaupt nicht beschäftigt; was die wissenschaft-

liche Verwertung ihrer Befunde für die Ätiologie der Cystitis betrifft, so haben wir oben schon gesehen, wie vorsichtig sie selbst ihre Schlüsse zogen. Wenn man aber für die Frage der Möglichkeit der Urethraldesinfektion aus ihren Untersuchungen Schlüsse ziehen will, so sind diese den immer wieder citierten gerade entgegengesetzt. Denn sie sagen allerdings: „man wird es für selbstverständlich ansehen, dafs durch ein- oder vielmaliges Ausspülen der Urethra eine vollkommene oder auch nur annähernd solche Reinigung der Urethra unmöglich sein mufs"; aber dies bezieht sich nur auf die Möglichkeit durch Urethralreinigung und spontane Miktion sterilen Harn zu erhalten, und ist übrigens von ihnen gar nicht versucht worden. Dahingegen haben sie durch einige Versuche festgestellt, dafs der Katheterismus brauchbar ist, um sterilen Harn zu erhalten, mit andern Worten: die Verunreinigung durch die Urethralkeime ist beim Katheterisieren vermeidbar!

Nun aber Petit und Wassermann (16). Diese haben allerdings, abgesehen von ihren oben citierten bakteriologischen Untersuchungen, der praktischen Frage der Möglichkeit der Urethraldesinfektion eine besondere Studie gewidmet und sind zu einem negativen Ergebnis gekommen. Sie haben bei elf Patienten, welche an Prostatahypertrophie, Striktur, chronischer Urethritis, Cystitis, Tumoren litten, Abimpfungen von der Urethra vorgenommen, und zwar je dreimal:

1. ohne jede Reinigung;
2. nach Reinigung der Umgebung des Orificium mit $^1/_{1000}$ Quecksilberjodidlösung;
3. nach Urethraldesinfektion.

Dafs die Ergebnisse der beiden ersten Reihen positive waren, ist natürlich; aber auch die dritte Reihe lieferte ausnahmlos Trübung der beimpften Bouillon. In welcher Weise nun haben Petit und Wassermann die Urethraldesinfektion vorgenommen? Sie spülten aus Spritze oder Irrigator mit 1—$1^1/_2$ Liter sterilem Wasser oder 4%iger Bor- oder 1‰iger Lapislösung zunächst die Harnröhre bis zum Schliefsmuskel aus, alsdann liefsen sie durch den Druck den Sphinkter überwinden und die Flüssigkeit in die Blase einströmen. Das dauerte im ganzen 20—30 Minuten, gelang zweimal nicht. Schon diese Versuchsanordnung beweist, dafs die Petit und Wassermannschen Ergebnisse für die Prophylaxe der Cystitis bedeutungslos sind; niemand wird daran denken, bei Patienten, die er katheterisieren will, vorher durch blofsen Druck Flüssigkeiten in die Blase noch hineinzutreiben. Die lange Dauer der Spülung ferner erhöht nicht etwa die Beweiskraft der Versuche; denn sie vermehrt die Möglichkeit, aus der Umgebung des Orificiums Keime in die Blase zu treiben; die Desinfektion ausschliefslich durch Abreiben mit Quecksilberjodid ist ganz unzureichend. Endlich findet bei einer, wie vorstehend berichtet, aus-

geführten Harnröhrenblasenspülung eine Mischung von Harnröhren- und Blaseninhalt statt; da nun aber einige der Patienten bereits eine Blaseninfektion hatten (Cystitis), vielleicht sogar die meisten, so wären höchstens Schlüsse auf die Möglichkeit temporärer Desinfektion der infizierten Blase zu ziehen. Selbst diese Schlüsse aber erfordern noch eine gewisse grofse Reserve. Denn bei der dritten Reihe von Versuchen haben PETIT und WASSERMANN als Abimpfungsinstrument einen mit SO_2-Dämpfen „sterilisierten" Katheter benutzt; es steht aber nach den Untersuchungen von GROSGLIK (17) fest, dafs Katheter durch schweflige Säure nicht steril werden; unter 25 Kathetern, welche 24 Stunden den Dämpfen schwefliger Säure ausgesetzt gewesen waren, erwies sich nicht ein einziger im Lumen, 10 nicht einmal aufsen steril.

Angesichts der Thatsache, dafs die einzigen bislang existierenden Untersuchungen über die Möglichkeit der Urethraldesinfektion, trotzdem sie seit 12 Jahren immer wieder citiert worden sind, so wenig beweiskräftig sind, hielt ich es für unerläflich, durch eigene Versuche mich über die Rolle der Urethra des Mannes bei der Harninfektion zu unterrichten.

Die Personen, bei welchen ich diese Versuche anstellte, hatten einesteils höchstens Veränderungen der Urethra, andernteils bereits Cystitis. Jedoch waren die Urethralaffektionen nicht infektiös, mit Ausnahme eines Falles; es sind eben die Neurosen, Strikturen, Prostatahypertrophien, bei denen Katheterismen vorzunehmen sind und bei denen eben Harninfektionen vermieden werden müssen; ein Teil der Personen der ersten Gruppe war bezüglich der Harnwege „virgo", nie krank, nie behandelt. Ausschliefslich solche „virgines" zu untersuchen, hätte dem praktischen Zweck der Untersuchungen widersprochen.

Die Desinfektion wurde folgendermafsen vorgenommen. Mit heifsem Wasser, Watte, Seife wurde der Penis, die Glans, das Praeputium mehrere Minuten lang gründlichst abgewaschen, der Seifenschaum mit gekochtem Wasser abgespült. Alsdann wurde die Glans, der Sulcus mit $^1/_{1000}$ Sublimatlösung abgespült und abgerieben. Zum Schlufs folgte die Reinigung der Urethra. Diese beschränkte sich stets auf die Urethra anterior; eine Öffnung des Schliefsmuskels wurde sorgfältig vermieden. Mit einer Handdruckspritze, die durch dauerndes Einliegen in Karbolwasser und durch ausschliefsliche Berührung mit desinfizierenden oder sterilen Flüssigkeiten steril war, mit ausgekochtem Ansatz werden 100—200 ccm Spülflüssigkeit derart durch die Harnröhre gespült, dafs erst bei offenem Orificium ohne Berührung desselben, dann bei offenem Orificium unter Ansetzen der Spitze, endlich mit Verschlufs des Orificiums unter Ausspannung der Urethra jedesmal 5—10—15 ccm hinein- und wieder hinausgeworfen werden. Als Spülflüssigkeit diente 3—4%ige Borsäurelösung, $1-{}^1/_2-{}^1/_4$%ige Ichthargan lösung, steriles Wasser; waren die desinfizierenden Lösungen

zur Verwendung gekommen, so wurden sie mit sterilem Wasser wieder fortgespült.

Wie man sieht, ist diese Urethraldesinfektion leicht in jeder Praxis durchzuführen; ich habe mit Absicht eine solche Methode gewählt, da mir stets die Möglichkeit der Verhütung der Harninfektion in der Praxis als Untersuchungsthema vorschwebte; man wird nach mancher Richtung hin in der Klinik, im aseptischen Operationssaal die Methode noch verbessern können, man wird in toto ausgekochte Spritzen nehmen, man wird ein heifses Bad oder Sitzbad voraufgehen lassen. Ich habe aber ferner des Experimentes wegen einige Vorsicht beachtet, um eine Mitübertragung keimtötender oder entwickelungshemmender Substanzen auf die Prüfungsnährböden zu vermeiden; in dieser Absicht ist das Sublimat durch Borlösung, bezw. steriles Wasser wieder abgespült, in dieser Absicht ist das Urethraldesinficiens durch steriles Wasser wieder entfernt worden. In praxi wird man es nicht zu verhindern suchen, dafs etwas keimtötende Lösung vom Katheter mit in die Blase hineingeschoben wird.

Nach erfolgter Urethraldesinfektion wurde unter Vermeidung des Eingangs von 2—12 cm vom Orificium entfernten Partien der Harnröhre abgeimpft. Als Abimpfungsinstrumente wurden verwendet:

1. Platinöse; ein paar Mal wurde dabei die Urethra etwas geritzt, meist von aufsen gegen die Öse angepreſst.
2. Sterile Tupfer; dieselben entstammten dem bakteriologischen Laboratorium der Stadt Köln und sind in bekannter Weise in sterilen Glasröhrchen enthalten; ihre Sterilität wird in exakter Weise dauernd kontrolliert.
   a) Entweder wurden dieselben in die klaffende Urethra direkt eingeführt und ca. 10 cm weit hineingepreſst und wieder herausgezogen;
   b) oder es wurde ein 10 Minuten ausgekochter Metalltubus eingeführt, und durch diesen hindurch von der hinter dem Ende des Tubus liegenden Harnröhrenpartie, unter Vermeidung der davor gelegenen Partien also, abgeimpft.
3. Sterile Katheter oder Bougies; die Sterilisation erfolgte durch 10 Minuten währendes Auskochen; die Instrumente wurden bis zum Bulbus geführt, herausgezogen, in die Bouillon getaucht, dann wirklich eingeführt. Hier wird also der Vorgang der Beimpfung der Blase genau nachgeahmt.

Lassen wir nun die Protokolle unserer Versuche in extenso folgen.

Versuche über die Möglichkeit der Desinfektion der Urethra.

Versuch I.

6. I. Geheilte Urethritis postgon. anterior, heute nur 1—2 feine Fädchen in der ersten Harnportion nach 14tägiger Behandlungspause, 4 h. p. m.; sonst gesunder Landmann.

Es wird mit heifsem Wasser, Seife, Watte Eichel und Vorhaut gründlich gewaschen, alsdann mit Watte und Sublimat 1 : 1000 abgerieben.

Nunmehr 1. in die ungereinigte Urethra mit Platinöse 4 cm weit bei auseinandergehaltenem Orificium eingegangen und auf Bouillon abgeimpft:

200 U. ant. 6. I. 7. I. klar, 8. I. klar, 11. I. klar, 13. I. klar } steril.
15. I. klar, ohne Bodensatz.

Versuch II.

2. Darauf wird die Urethra anterior mit Spritze, die dauernd in Karbol liegt und nur mit antiseptischen oder sterilisierten Flüssigkeiten gefüllt wird, und deren auf das Orificium aufgesetzter Ansatz ausgekocht wurde, und 150 g abgekochter 3%iger Borlösung, danach mit 100 g abgekochtem Wasser gespült. Jetzt wird wiederum mit Platinöse abgeimpft; dieselbe ritzt die Harnröhrenschleimhaut ein wenig.

200 U. post. 6. I. 7. I. klar, 8. I. klar, 11. I. klar, 13. I. klar } steril.
15. I. klar, ohne Bodensatz.

Versuch III.

U. 201. Strictura urethrae, seit Jahren höchst unreinliche Selbstbougierung, mehrmals danach Blasenkatarrh, z. Z. Harn klar, eiterfrei.

11. I. Ohne dafs Patient uriniert hat, wie oben, Urethra gespült und abgeimpft.

12. I. klar.

13. I. 36 h diffus getrübt, stark.

15. I. diffus getrübt, reichlicher, zusammenhängender, schleimflockiger Bodensatz (wie Eiter in alkalischem Urin).

17. I. desgl. 22. I. desgl. Nicht steril.

Versuch IV.

U. 202. Urethritis infiltrans chronica.

11. I. Post mictionem, wie bei 200, mit Borlösung und sterilem Wasser gespült, und abgeimpft.

12. I. klar, 13. I. klar, 15. I. klar, 17. I. klar, 22. I. klar } steril.
30. I. klar. 19. Tag.

Versuch V.

U. 204. Strictura urethrae geheilt, viel behandelt.

14. I. Post mictionem, Spülung und Abimpfung; zweimal abgeimpft.

15. I. bei Zimmertemperatur: klar; nach 30 h in den 37° Brutschrank.

17. I. klar
22. I. klar } steril.

30. I. klar. 16. Tag.

Versuch VI.

U. 203. Strictura urethrae filiformis sanata, Cystitis, Pyelitis.

13. I. Post mict. et irrig. (wie oben 204 abgeimpft); harnte nur 1—2 Eßlöffel, ohne Kraft und ohne die Blase leer zu bekommen.

15. I. 48 h klar, ein paar Flocken (nicht bakteriell) auf dem Boden.

17. I. klar
22. I. klar, 9. Tag } steril.
30. I. klar, 17. Tag

Versuch VII.

U. 206. Urethritis chron. superficialis levis, Bacteriorrhoe orif.

16. I. Post mict. et irrig., 30 h im Zimmer, dann bei 37°.

17. I. klar. 22. I. klar, geringer schleimig-bröckliger Bodensatz.

30. I. trüb, reichlich schleimig-bröckliger Bodensatz. Nicht steril.

Versuch VIII.

U. 205. Spermatorrhoea neurotica idiopathica.

16. I. Post mict. et irrig., im Zimmer belassen.

17. I. klar, 30 h. in 37°.

22. I. klar. 30. I. klar, 14. Tag. Steril.

Versuch IX.

U. 207. Neurosis, früher Gonorrhoe, Tbc. pulmonum.

26. I. Post mict. et irrig., abgeimpft durch 7 cm weit eingeführte, 5 Minuten ausgekochte Sonde à boule, beimpft durch Eintauchen, bezw. Abstreifen derselben in Bouillon.

30. I. klar. Steril.

Versuch X.

U. 208. Prostatahypertrophie, Urininfektion, Katheterfieber. Bakteriologisch: Colibacillen.

12. IV. Spülung wie gewöhnlich; Abimpfung mit Tupfer aus der Mitte der Urethra; die Überimpfung auf Bouillon erfolgt nicht sogleich, sondern erst nach ca. 12 h. Es wird auf ein 100 ccm-Kölbchen mit Bouillon abgeimpft.

21. IV. Starke Trübung. Reichlicher schleimiger Bodensatz. Nicht steril.

Versuch XI.

U. 209. Gonorrhoea acuta, Strictura inveterata, Urethritis anterior sola, Retentio urinae completa acuta.

6. III. Reichliche Eiterabsonderung der Urethra anterior mit üppigem Gonokokkenwachstum; gründliche Spülung mit ½ Liter 1:1000 Ichthargan nur der Urethra anterior. Katheterismus mit ausgekochtem Katheter, Entleerung von ca. 1 Liter klarem Harn, keinerlei Einspritzung in die Blase.

7. III. Harn II klar; Katheterismus ebenso. Bis 10. III. nichts.

10. III. Zweite Portion des Harns vollkommen klar und fädchenfrei, Katheterharn klar. Ende V.: Letzte Harnportion stets klar geblieben. Steril.

Versuch XII.

U. 210. Strictura bulbi gon. chr.

27. II. Waschung und Spülung wie sonst, dann 10 Min. ausgekochter Endoskoptubus 1—2 cm tief eingeführt, durch diesen hindurch im Laboratorium sterilisierter Tupfer, Urethra ausgetupft, auf schräges Agar abgeimpft. Nach 7 h in 37° Brutschrank.

28. II. Nichts gewachsen. 4. III. desgl. 10. III. desgl., 12. Tag. Steril.

Versuch XIII.

U. 211. 78 J., Prostatahypertrophie, chronische komplete Retentio urinae, nie katheterisiert, Harn steril, eiweißfrei. Sehr schmutzige Genitalien; Balano postitis.

27. II. Waschung recht gründlich, Spülung wie sonst. Der 5 Min. gekochte Mercierkatheter wird bis in die halbe Urethra eingeführt, die Urethra um ihn gepreßt, dann wieder herausgezogen und in Bouillon abgeimpft. Jetzt Katheterismus. Nach 5 h in 37° Brutschrank.

28. II. klar. 1. III. 48 h trüb. 10. III. trüb, gelber schleimiger Niederschlag. Nicht steril.

Versuch XIV.

U. 212. Gesund, neurasthenische Impotentia coeundi.

28. II. Spülung wie sonst; Abimpfung durch Rohr mit Tupfer auf Agar.

4. III. Nichts gewachsen. 10. III. desgl., 11. Tag. Steril.

Versuch XV.

U. 213. 40 J., gesund, Strictura gon. filiform., fausse route bezw. Klappe.

Desinfektion, Spülung wie gewöhnlich; Abimpfung im Endoskoprohr auf Schrägagar am 5. III. 4 h. In 37° um 6 h.

10. III. 5. Tag, nichts gewachsen. Steril.

Versuch XVI.

U. 214. Gesund, Prostatitis chron., alimentäre Glycosurie.

17. III. Spülung wie gewöhnlich, Abimpfung auf Agar.

20. III. Nichts gewachsen. 4. IV. desgl. Steril.

Versuch XVII.

U. 215. Tbc. urogenit.. Urethrotomia int. vor drei Jahren.

3. IV. Bor-Ichthargan-Irrigation, steriler Tupfer in vorderen Teil der Urethra eingeführt, in Bouillon abgeimpft.

4. IV. stark diffus getrübt.

5. IV. trübe, Keimhaut, Bodensatz.

7. IV., 10. IV., 12. IV., 21. IV. gleichmäßig dick, trüb, gelb. Nicht steril.

Versuch XVIII.

U. 216. Strictura filiforma urethrotomiert vor zehn Tagen.

3. IV. Bor-Irrigation, steriler Tupfer, bis Mitte der Urethra, in Bouillon abgeimpft.

4. IV. klar. 5. IV. klar. 7. IV. klar. 10. IV. klar; mit Staphylococcus pyog.-Bouillonkultur beimpft = 216_3.

U. 216_3 48 h am 12. IV. leicht trüb. 21. IV. leicht trüb, Keimhaut, spärlicher schleimiger Bodensatz. Steril; Reinoc. +.

Versuch XIX.

U. 218. Phosphaturie, chronische Cystitis, bakteriologisch: Staphylococcus pyogenes albus.

7. IV. Abimpfung. Spülung mit Bor und darauf sterilem Wasser, Abimpfung mit dem 5 Min. ausgekochten und mit sterilisiertem Öl beschütteten Katheter, indem derselbe bei klaffenden Lippen bis nahe an den Bulbus vorgeschoben, alsdann zurückgezogen und in die Bouillon eingetaucht wird. Hat vorher eitrigen Urin gelassen.

8. IV., 9. IV., 10. IV. klar. 12. IV. klar, Keimhaut von oben. 21. IV. ganz leichte Trübung, kein Bodensatz. Nicht steril.

Versuch XX.

U. 217. Vor vier Jahren Urethrotomia interna, geheilt, keine Selbstbehandlung.

4. IV. Patient uriniert vorher in gutem Strahl, eine Spülung der Urethra wird nicht vorgenommen, 10 Min. ausgekochter Metalltubus eingeführt, durch diesen steriler Wattetupfer bis in die Mitte der Urethra, hier herumgewischt, in Bouillon abgeimpft.

5. IV. klar; beim Transport gestülpt, so dafs Watte benutzt wurde.

7. IV. klar. 9. IV. trüb? 10. IV. leichte, kaum merkliche Trübung. 12. IV. desgl.; hat nicht zugenommen. 21. IV. trüb, schleimiger Bodensatz. Nicht steril.

Versuch XXI.

U. 219. Geheilte Gonorrhoe, postgon. Neurose.

9. IV. Spülung mit 1 : 5000 Ichthargan, darauf mit sterilem Wasser. Abimpfung mit sterilem Tupfer aus dem vorderen Teil der Urethra. Geimpft in Bouillon.

10. IV. klar.

11. IV. klar, auf zweites Bouillonröhrchen eine Öse abgeimpft = U. 219_1.

12. IV. U. 219 klar, U. 219_1 klar.

21. IV. U. 219 klar, U. 219_1 klar. Steril.

Als Nährboden ist in der Regel, da nach Petit und Wassermann darin alle Urethralmikrobien wachsen, Bouillon bei 37° genommen worden, einige Mal Schrägagar. Die Dauer der Beobachtung währte 1—2 Wochen.

Das Gesamtergebnis ist: 13mal erwies sich die Urethra als sterilisiert, 6mal nicht sterilisiert durch die Spülung. Ohne Spülung nach kräftiger Miktion war 1mal die Harnröhre steril, 1mal nicht.

Die Art des Nährbodens war ohne Einfluſs; nachdem eine groſse Reihe steriler Röhrchen auch in dieser Hinsicht etwas bedenklich gemacht hatte, nahm ich statt Bouillon Agar; auch der Agar blieb steril. Ebensowenig war ein Einfluſs der Abimpfungsmethode zu erkennen. Mit Öse 7 negative, 3 positive Ergebnisse, mit Tupfer 1 +, 1 —, mit Tupfer durch Tubus 4 —, 1 +, mit Katheter 2 —, 1 +.

Daſs die Übertragung von entwickelungshemmenden Stoffen auf die Nährböden nicht die Ergebnisse erklärt, beweisen die angegangenen Kulturen. Bei den negativen wurde auch dadurch diese Frage untersucht, daſs:

1. von dem Originalröhrchen auf ein zweites Röhrchen 10 μ überimpft wurde; Versuch XXI; Ergebnis: auch in der Verdünnung kein Wachstum;

2. das steril gebliebene Röhrchen reinokuliert wurde, Versuch XVIII; Ergebnis: die Kultur geht an, die Bouillon ist also nicht durch Übertragung entwickelungshemmender Stoffe „infertilisiert“;

3. nicht auf ein 10—20 ccm Bouillonröhrchen, sondern auf ein 100 ccm Kölbchen geimpft wurde, Versuch X; das positive Ergebnis in diesem Falle hat einen anderen Grund.

Bisher haben wir also vergeblich nach einem einheitlichen Gesichtspunkt für die nicht steril gewordenen Fälle gesucht; sehen wir uns nunmehr aber die Krankheitsfälle an, so drängt sich dieser geradezu auf. Bei 14 steril gewordenen Urethren besteht nur 1mal eine Harninfektion, bei 6 nicht steril gewordenen 4mal eine Harninfektion, 2mal eine infektiöse Affektion des Urethraleinganges. Um die beiden letzteren Fälle vorwegzunehmen, so bestand bei VII eine sogenannte Bacteriorrhoea urethralis, eine überreiche Vegetation von Mikrobien, aus welchen das Urethralsekret sich ausschliefslich zusammensetzt; XIII. hatte eine Balanopostitis und starrte von Schmutz am ganzen Körper, ganz besonders an den Genitalien.

Die übrigen 4 Patienten hatten bereits chronische Cystitis. Für die Frage, ob man die Cystitis durch Urethraldesinfektion verhüten kann, kommen sie also gar nicht in Betracht. Sie zeigen aber, dafs die infizierte Blase für die gesunde Harnröhre viel gefährlicher ist, als die infizierte Harnröhre für die gesunde Blase. Es scheint, dafs PETIT und WASSERMANN überhaupt nur den letzteren Gesichtspunkt im Auge hatten; denn ihr Schlufssatz lautet: „Avec un seul lavage avec les solutions habituellement employées chez les urinaires on n'obtient pas une antiseptic complète de l'urèthre infecté.“ Diese Frage, welche ebensowenig durch die Untersuchungen von P. und W. als gelöst angesehen werden kann, wie die der urethrogenen Harninfektion, ist von Bedeutung für die blutigen Operationen an den unteren Harnwegen, insbesondere an der Urethra: kann bei septischem Urin durch temporäre Desinfektion ein steriles Operationsterrain hergestellt werden? Ich behalte mir vor, auf diese hier nicht zu diskutierende Frage zurückzukommen.

Ob eine akute Infektion der Urethra anterior soweit temporär bekämpft werden kann, dafs eine Infektion der Blase durch Hineinschieben der Mikrobien beim Katheterisieren vermeidbar ist, untersuchte ich in einem klinischen Experiment in vivo. Man wird in praxi bei akuten Infektionen der Urethra stets gut thun, anzunehmen, dafs ein Mikrobienimport stattgefunden hat und durch Einbringen und Belassen ausreichend keimtötender Mittel in der Blase selbst dieselben unwirksam machen. Indem ich dies bei einem Patienten mit florider akuter Gonorrhoe und akuter kompletter Retentio urinae infolge einer alten Striktur unterliefs und mich auf eine gründliche Spülung der Urethrae anterior mit $^1/_{1000}$ Ichtharganlösung vor dem Katheterismus beschränkte (s. o. XI), habe ich gezeigt, dafs sogar unter Umständen eine temporäre Desinfektion der akut infizierten Urethra nicht unmöglich ist.

Was den Einfluſs der **Miktion** auf die Desinfektion der Urethra betrifft, so sind zwei Möglichkeiten hier streng auseinander zu halten. Ist der Urin steril, so wird die vorgängige mechanische Reinigung durch einen nach auſsen gerichteten Strom reiner Flüssigkeit zweifellos die Desinfektion erleichtern; von Bedeutung ist hierbei die Stärke des Strahls, die ja bei zu kathetrisierenden Personen oft herabgesetzt ist. Ist der Urin hingegen infiziert, so wird eine vorgängige Miktion die Urethra eher infizieren, als desinfizieren können. In vier Versuchen habe ich mich hierüber zu orientieren gesucht; 2 mal unterblieb die Miktion vor der Abimpfung; die Impfungen ergaben ein positives Resultat; es handelt sich um III, der oft Cystitis gehabt hatte und in höchst unsauberer Weise sich selbst seit Jahren bougierte, und um XIII (Balanopostitis). 2 mal lieſs ich die Urethraldesinfektion lediglich durch kräftige, reichliche Miktion, also nur mechanisch vornehmen; das eine Mal genügte in der That diese mechanische Desinfektion (I), das andere Mal (XX) dahingegen nicht.

Wir waren oben bei dem Studium der Cystitiden, welche ohne voraufgegangene Katheterisierung entstehen, zu dem Schluſs gelangt: ihre Ätiologie ist so wenig geklärt, daſs es unmöglich ist, bei der Cystitis nach Katheterisierung gleichfalls an Autoinfektion zu denken.

Wir haben nun weiterhin gefunden: auch die Urethralmikrobien spielen in einem verschwindenden Bruchteil der Fälle die Rolle, welche man ihnen zuschreibt; die Kathetercystistis ist auch keine urethrale Infektion.

Wir können also nicht umhin, auch auf diesem Wege[6] zu der Erkenntnis zu gelangen: bei einer Harninfektion nach Katheterismus besteht immer die allergröſste Wahrscheinlichkeit, daſs der Katheter infiziert war; der Erfolg einer Verallgemeinerung und Vervollkommnung der Kathetersterilisation und des aseptischen Katheterismus ist nicht problematisch, sondern mit Sicherheit zu erwarten.

Litteratur.

1. Rovsing, Klinische und experimentelle Untersuchungen über die infektiösen Erkrankungen der Harnwege. 1890. Neueste Ausgabe französisch. *Annales d. m. d. o. génit.-urin.* 1897, Septbr., Octbr., Novbr., Dezbr. 1898, Févr., Mars.
2. Melchior, Cystitis und Harninfektion. 1893 (dänisch), 1895 (französisch), 1897 (deutsch).

---

[6] In einer Studie über „Beimpfung und Abimpfung von Kathetern“ (18) suchte ich auf experimentellem Wege zu ergründen, wie ein Katheter zum Inficiens wird.

3. Posner - Lewin - Richter, Untersuchungen über die Infektion der Harnwege. *Centralbl. f. Harnkr.* 1896.
4. Albarran, Hallé, Legrain, Des infections vésicales, III. Session de l'Association française d'Urologie. 1898.
5. Marcus, *Ztschr. f. Heilkde.* 1900. Bd. XX, H. 5 u. 6.
6. van Calcar, *Annales d. m. d. o. génit.-urin.* 1899. H. 12.
7. Faltin, *Centralbl. f. Harnkr.* 1901. H. 8 u. 9.
8. Posner-Cohn, *Berl. klin. Wochenschr.* 1900. No. 26.
9. Wreden, *Centralbl. f. Chirurgie.* 1893.
10. Lustgarten und Mannaberg, *Vierteljahrsschr. f. Dermatol. u. Syphilis.* 1887. S. 905—932.
11. Petit und Wassermann. *Annales d. m. d. o. génit.-urin.* 1891. p. 378—395.
12. Franz, *Wien. klin. Wochenschr.* 1896.
13. Tano, *Centralbl. f. Harnkr.* 1896.
14. Cohn, *Centralbl. f. Harnkr.* 1897.
15. Faltin, *Centralbl. f. Harnkr.* 1898.
16. Petit und Wassermann. Sur l'antisepsie de l'urèthre de l'homme. *Annales d. m. d. o. génit.-urin.* 1891. p. 500—503.
17. Grosglik, *Wien. Klinik.* 1895.
18. Goldberg, *Centralbl. f. inn. Med.* 1902. No. 15

Bücherbesprechungen.

Die ambulante Behandlung der Unterschenkelgeschwüre. (*Jessners dermatologische Vorträge für Praktiker.* Heft 7.) [Würzburg, A. Stuber, 1901.] Nach Erörterung der sozialen Bedeutung des Unterschenkelgeschwürs und der ursächlichen oder veranlassenden Momente (venöse Stauung, Trauma, Kratzeffekte, Ekzeme, Lues, Arteriosklerose, Diabetes) wendet sich der Verfasser zur allgemeinen Therapie. Hauptsächlich kommt hierbei die Syphilis in Frage und man gebe stets probeweise Jod. Die örtliche Behandlung, sofern sie den Bedürfnissen der Praxis entgegenkommen soll, muſs 1. ambulant sein, 2. darf sie den Kranken nicht zum täglichen Besuch des Arztes zwingen — Bevorzugung lange liegender, vom Arzt selbst anzulegender Verbände — und 3. darf die Kur nicht zu viel Geld kosten. Die Behandlung selbst muſs zerfallen in die Pflege des Ulcus selbst und in die Bekämpfung der Stauung. „Die Behandlung des Ulcus cruris erfordert nicht ein Heilmittel, sondern eine Heilmethode.“ Jessner verwendet mit Vorliebe Unnas Zinkleimverband. Hierbei hat 1. die Reinigung des erkrankten Beines zu erfolgen, 2. die Auftragung des jeweilig erforderlichen Heilmittels, 3. die Aufpinselung des Zinkleims und 4. das Einwickeln des ganzen Unterschenkels. Als granulationsbefördernde Mittel steht das Jodoform obenan, wofür Jodoformogen, Jodcigon (am besten zu 10% mit Talkum gemischt), Ichthoform; Jodtinktur substituiert werden können. Bei zu starker Granulationsbildung kommen Bismuthum subnitricum, Airol, Xoroform, Dermatol und Höllenstein in Betracht. Starke Wucherungen lassen sich abkratzen oder mit dem Rasiermesser abtragen, und zwar schmerzlos unter Kokain- oder Äthylchlorid-Lokalanästhesie. Am besten verbindet man diese zwei Maſsnahmen. Auf das so vorbearbeitete Geschwür appliziert Jessner einen direkt auf das Ulcus zu legenden, mit dem Geschwür gleich

grofsen Fleck Protektiv-Silk, der mit 1 %iger Kreolin- oder Lysollösung oder essigsaurer Thonerde getränkt ist. Bei brandigem Ulcus wirken oft Spiritusdunstverbände neben der entsprecheeden Entfernung aller Gewebsfetzen und des Eiters günstig, oder auch mit Jodoform zu gleichen Teilen gemischtes, ganz fein gepulvertes Kalomel. Starke Schmerzhaftigkeit wird gehoben, abgesehen von den nur sehr kurz wirkenden Kokainpinselungen, durch Orthoform; doch stört dies zuweilen auf der anderen Seite den Heilungsverlauf. Auch die Bepinselung mit Acid. carbol. liquef. und die Verwendung des Glühstifts ist oft von Nutzen. Die Behandlung der Geschwürsumgebung verdient die strengste Aufmerksamkeit. Zum Schlufs beschreibt Jessner in recht ausführlicher, aber notwendiger Weise die Anlegung der Leimverbände. *Hopf-Dresden.*

Die Masturbation. Eine Monographie für Ärzte, Pädagogen und gebildete Eltern, von Hermann Rohleder. (Fischers mediz. Buchhandlung, Berlin, 1902.) Von des Verfassers rühmlichst bekanntem Werke „Die Masturbation", das sich in der ersten Auflage des Jahres 1898 so allgemein sympathischer Aufnahme erfreuen durfte, liegt jetzt die zweite Auflage vor. Rohleder teilt sich den Stoff in folgende Hauptabschnitte ein: Ursachen der Onanie, Pathologie der Onanie, Folgen, Diagnose, Prognose, Therapie der Onanie. Im übrigen verfolgt der Verfasser, der seine Worte nicht nur an die Ärzte, sondern auch, wie bei der Natur des Leidens erklärlich, an Pädagogen, Eltern und alle denkenden, geschlechtlich und sittlich reifen Menschen richet, die folgenden Ziele: Genaue Definition der Masturbation, geschichtlicher Überblick über ihre Verbreitung bei den Völkern, Aufklärung über die Ursachen der Onanie, Erörterung der krankhaften Zustände bei Masturbierenden, Folgen der Onanie, Mittel zur Verhütung des Lasters und zu seiner Behandlung. Besonders letztere Gesichtspunkte werden uns hier interessieren. Die Behandlung der Onanie zerfällt in die eigentliche Behandlung und die Prophylaxe. Gerade auf unserem Gebiete ist letzterer eine bedeutende Rolle zugewiesen. Vor allem müssen alle Kinder in der Richtung ihrer Geschlechtssphäre streng beobachtet werden, und zwar von den jüngsten Jahren an. Zum einen Teil hat hier die häusliche Erziehung, zum anderen die Schule überwachend aufzutreten. Erstere hat prophylaktisch zu wirken durch Pflege der Reinigung des Körpers, Regelung der Bewegungsthätigkeit des Kindes, des Schlafes, Schärfung der Sinnesorgane und des Verstandes, Hebung und Lehre der Moral und Pflege des Gemüts. Niemals dürfen Kinder — gar beiderlei Geschlechts — in gegenseitiger Anwesenheit ihre Bedürfnisse verrichten, nie zusammenschlafen, nicht die Beine übereinanderschlagen, nie zu langandauernd sitzen, nicht zu warm schlafen u. s. w. In der Schule hat als Haupterfordernis das zu gelten, zwischen den Geschlechtern keinerlei Unterschied zu machen. Mädchen wie Knaben sind in entsprechend gleichem Mafse zu körperlicher Ausarbeitung anzuhalten. Der Hauptwert bleibt jedenfalls die Erziehung zu starkem Willen und sittlich reinem Charakter. Was kann die Schule direkt gegen die Masturbation thun? Cohn fordert vor allem ständige Aufsicht der Lehrkräfte während Unterricht und Pausen in Bezug darauf, dafs die Schüler weder mutuelle noch Selbstonanie treiben. Schiller verlangt unbedingtes dauerndes Ansehen des Lehrers durch den Schüler und Liegenlassen der Hände auf dem Tische. Fournier will sogar die Schulzimmer so gebaut und eingerichtet haben, dafs alle Schüler von Kopf zu Fufs dem Lehrer sichtbar sind. Ferner soll der Lehrer dem Zögling von der Schädlichkeit des Lasters Mitteilung machen. Dann haben Direktor und Schularzt die Lehrer genügend bezüglich des Wesens der Masturbation und des Weges, der gegen sie beschritten werden soll, zu instruieren. Die Schüler müssen jedoch erst nach Konstatierung des Bestehens onanistischer Umtriebe vorgenommen werden. Etwa ganze Klassen vom 10. Lebensjahre der Kinder an zu

warnen, ist weder von Nutzen, noch von Erfolg, noch nötig. Überführte Onanisten sind unter vier Augen vom Direktor oder unter sechs Augen von diesem und dem Schularzt auf die Gefahren des Lasters aufmerksam zu machen. Bei nahender Pubertät haben Ermahnungen und Aufklärungen jedenfalls auch seitens der Eltern und Erzieher, als vom Hause zu erfolgen. Hier könnten auch frühere Lebensalterstufen, und zwar vor Ausbruch des Lasters, Aufklärungen empfangen. Cohn verlangt des weiteren, dafs diese Forderungen Eltern und Erziehern durch gedruckte Belehrungen und Vorträge ins Gedächtnis gerufen werden. Auch sollte dem Knaben, der die Onanie von Mitschülern anzeigt, Straflosigkeit zugesichert werden, während das Übel sonst streng bestraft werden mufs (Note ins Zeugnis, Carcer, Relegation u. a.). Rohleder stellt dazu eine weitere These auf: „Die Kinder sind beim Verlassen der Schule hinzuweisen auf die Gefahren, welchen sie ausgesetzt sind, wenn sie sich sexuellem Umgange hingeben. Gedruckte Vorschriften zum ferneren sittlichen Lebenswandel sind ihnen zur stetigen weiteren Beherzigung mit auf den Weg zu geben."

Im übrigen mufs die Onanie bekämpft werden durch richtige Ernährung, durch zweckmäfsige Bekleidung und vor allem durch Schaffen gesunder Bedingungen während des Schlafes, durch angepafste Lebensweise und Beschäftigung und Willenserziehung, sowie Charakterbildung.

Die eigentliche Therapie der Onanie hat sich nach den ätiologischen Momenten zu richten. Rohleder teilt hier folgendermafsen ein: Behandlung im allgemeinen, Behandlung der auf körperlichen Gebrechen und der auf perversem Geschlechtstrieb beruhenden Onanie; psychisch-suggestive, medikamentöse, instrumentelle, operative Therapie. Als therapeutische Momente bespricht er ferner die Ehe und den extramatrimoniellen Beischlaf, sowie die geschlechtliche Enthaltung. Schlufsbetrachtungen sind der Anstaltsbehandlung der Masturbation gewidmet. Jeder Arzt wird mit Vorteil das Rohlederesche Buch studieren. *Hopf-Dresden.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Chronische Infektionskrankheiten.

c. *Syphilis.*

Syphilis des Nervensystems, von D. J. McCarthy-Pennsylvania. (*Int. med. Mag.* Okt. 1901.) Verfasser klassifiziert folgendermafsen:

1. Entzündung der Hirnhäute, der Rückenmarkshäute und beider; Entzündung der Hirn- oder Rückenmarkssubstanz; Entzündung der peripheren Nerven.
2. Entzündliche Veränderungen an den Blutgefäfsen des centralen Nervensystems, mit teilweiser oder völliger Gefäfsobliteration.
3. Gummöse Tumoren, die Hirn- oder Rückenmarkssubstanz durch Infiltration schädigend, oder sekundär durch Druck von den Meningen her.
4. Parasyphilitische Affektionen, wie die Degeneration der Hinterstränge und -Wurzeln bei der Tabes etc.

Meist sind mehrere dieser Formen mit einander kombiniert.

A. Loewald-Graudenz.

Gaucher berichtet in der Société médicale des hôpitaux (Sitzung vom 18. Okt. 1901) über einen von Schachmann in Bukarest mitgeteilten Fall von **syphilitischer Myelitis**, der allen den gewöhnlichen Behandlungsmitteln getrotzt hatte, aber durch (23) täglich gegebene Einspritzungen von 1 ccm einer 1%igen Lösung von Quecksilberbenzoat in den Rückenmarkskanal wesentlich gebessert worden sei. S. hat noch zwei Fälle auf diese Weise behandelt und empfiehlt die Methode sowohl für syphilitische Rückenmarksleiden wie auch eventuell bei nicht syphilitischen.

Ballet, Widal und auch Gaucher, der den Vortrag nur vertretungsweise übernommen hatte, erheben lebhafte Bedenken gegen diese kühne Behandlungsweise.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Zwei Fälle von Erkrankung des Rückenmarks im Anschluſs an Syphilis, von T. R. Bradshaw - Liverpool. (*Brit. med. Journ.* 8. März 1902.) Der eine Fall betraf einen 40jährigen Tabiker, der leugnete Syphilis gehabt zu haben, obgleich er die Infektionsmöglichkeit bereitwillig zugab. Später wurde indessen festgestellt, daſs er vor 18 Jahren, zu einer Zeit, wo er viel an aufgesprungenen Händen litt, in einem Bett mit einem Freunde zusammen schlief, der jedenfalls in verdächtiger Weise erkrankt war, und daſs dabei auf dem Handrücken der linken Seite ein ca. zehnpfennigstückgroſses, schmerzhaftes, prominentes Geschwür sich entwickelte. Auf ärztliche Anordnung nahm er einige Wochen Pillen und Medizin. Im Anschluſs hieran trat an der Niere und der Brust ein Ausschlag hervor, die Haare lichteten sich, und er hatte Halsbeschwerden. Die Hand zeigt deutlich die entsprechende Narbe. B. ist in diesem Falle und auch im allgemeinen fest überzeugt von dem Zusammenhang zwischen Syphilis und Tabes.

Bei dem zweiten Falle handelte es sich wahrscheinlich um ein Gumma an der Pia mater an der Lendenanschwellung des Rückenmarks. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die Heilbarkeit der Syphilis, von Tarnowsky. (*Arch. russ. de pathol.* 1900. No. 9.) Tarnowsky verfügt hier über ein Material von 50 syphilitischen Personen, die er 20—40 Jahre zu beobachten Gelegenheit hatte, nachdem sie sich infiziert hatten. Aus dieser Reihe stellt der Verfasser folgende Thatsachen fest: Infektion im Durchschnitt mit 24 Jahren. Im Durchschnitt beobachtete er obige Kranken 28½ Jahre. Erscheinungen zeigten sich in den ersten vier Jahren nach der Ansteckung. Während dieser Zeit gemischte Behandlung. Während der folgenden durchschnittlich 24 Jahre keinerlei Zeichen von Lues. Ein einziger Kranker wies eine auf die Initialsklerose beschränkte Syphilis ohne Sekundärerscheinungen auf. 31 Kranke beendeten die Evolution ihrer Lues mit condylomatösen, also sekundären Symptomen, während sich bei 18 auch tertiäre Manifestationen zeigten. Von 48 Männern heirateten 27 nach Acquisition der Syphilis, ebenso die beiden infizierten Frauen. 6 Ehen von diesen 29 blieben steril, aus 23 entstanden 63 Kinder, von denen 56 keine Spur von spezifischen Läsionen aufwiesen. Neben der Behandlung kommen für ein glattes, gutes Überstehen der Syphilis in Frage gutes Allgemeinbefinden, Fehlen hereditärer Belastungen und früherer Erkrankungen, robuste Konstitution. Auſser diesen Faktoren liegt in jedem Körper eine verschiedene Widerstandskraft gegen die Infektion. *Hopf-Dresden.*

Die Heilbarkeit der Syphilis, von William S. Gottheil - New York. (*Int. med. Mag.* Okt. 1901.) Verfasser faſst seine Ansichten in folgende Sätze zusammen:

1. Die Syphilis ist eine heilbare Krankheit, sie kann sogar, mit gewissen Einschränkungen, eine von selbst ablaufende Krankheit genannt werden.

2. Die Heilung eines gegebenen Falles kann zwar nie mit wissenschaftlicher

Genauigkeit bestimmt werden, indessen sind die Chancen, dafs der Fall wirklich geheilt ist, nach einer gewissen Zeit und geeigneter Behandlung so grofse, dafs man thatsächlich von Heilung sprechen kann.

3. In der Praxis kann ein Patient, der während der aktiven Stadien seines Leidens geeignet behandelt wurde und bei dem mehrere Jahre nach Abschlufs der Behandlung keine Symptome mehr aufgetreten sind, als geheilt betrachtet werden.

A. Loewald-Graudenz.

Der heutige Stand der Syphilistherapie, von Paul Busch - Innsbruck. (*Zeitschr. f. Augenheilkde.* Bd. VII. Heft 1.) In dem sonst recht vollständigen Bericht über die heutige Syphilistherapie vermissen wir nur den Hinweis auf die vorzügliche Wirkung des Jods bei den hypertrophischen Prozessen der Frühperiode; Herxheimer hat zuerst auf diese Eigenschaft des Jods aufmerksam gemacht, die in weiteren Kreisen leider noch immer nicht die ihr zukommende Beachtung gefunden zu haben scheint. — Bemerkenswert ist das Urteil des Verfassers, eines Assistenten von Rille, über Jodipininjektionen. Verfasser bestätigt, dafs es dabei fast nie zu Infiltratbildungen oder Schmerzen kommt und dafs aufser Jodakne, selbst bei sehr grofsen Dosen, keinerlei Erscheinungen von Jodismus und keine Störung des Allgemeinbefindens beobachtet wurden. Dagegen hält Verfasser das Jodipin nicht für ebenso wirksam oder gar wirksamer als das Jodkalium. Es entspricht durchaus nicht den Anforderungen, die man an ein gutes Mittel gegen Lues stellen mufs, energische Beseitigung der Syphilisprodukte und möglichst langes Hinausschieben von Rezidiven. Gerade Rezidive von Gummen schienen nach Jodipinbehandlung öfter und schon nach kurzer Zeit aufzutreten, und ihre Rückbildung geschah durchaus nicht mit der Sicherheit und Promptheit wie bei Jodkaliumbehandlung. *A. Loewald-Graudenz.*

Allgemeine medikamentöse Behandlung bei Syphilis, von G. Frank Lydston-Chicago. (*Med. News.* 18. Jan. 1902.) L. bedauert, dafs zu einseitiges Gewicht auf die spezifische Therapie gelegt und die Allgemeinbehandlung zum Schaden der Patienten sehr häufig vernachlässigt werde, ja er ist sogar überzeugt, dafs durch diese Unterlassung oft die Behandlung von Mifserfolg begleitet sei. Speichelflufs und Jodismus könnten beide durch die nötige Sorgfalt für die Ausscheidungsorgane vermieden werden: die Einverleibung von grofsen Mengen Wassers, besonders gleichzeitig mit der Jodkalium-Darreichung, sei von grofsem Vorteil. Heifse Bäder sind ein sehr wertvolles Unterstützungsmittel der Quecksilberbehandlung, gleichzeitig sollten grofse Mengen heifsen Wassers getrunken werden; diese beiden Faktoren bildeten wohl die Hauptwirkung der natürlichen heifsen Quellen (Hot Springs in Amerika etc.). Sorge für Stuhlgang ist ferner wichtig, Speichelflufs soll nicht selten infolge Vernachlässigung dieser Regel entstehen. In hartnäckigen Fällen, wo Quecksilber und Jod nicht gut vertragen werden, wird mit Vorteil Kalium chloric. 0,6 4 mal täglich, in viel Wasser aufgelöst, gegeben, das besonders auf die Schleimhaut-Plaques, eine ausgesprochene Wirkung hat, ohne den Namen eines Specificums zu verdienen. In vielen Fällen können einfache tonische Mittel, wie Eisen- und Chinapräparate, einen Erfolg bringen, wo die spezifische Behandlung völlig im Stich gelassen hat. Bei lange währenden Fällen von Syphilis ist der Jodeisensyrup das beste Präparat, von Vorteil ist die Kombination von Arsenik mit der gemischten Behandlung, nicht nur um die Schwäche zu bekämpfen, sondern auch um den Einflufs des Jods auf die Haut zu verhindern. Jodakne ist viel weniger ausgeprägt und wird oft vermieden, wenn Arsenik, mit Jod kombiniert, gegeben wird. Schliefslich hebt L. als die drei Hauptprinzipien bei der Syphilisbehandlung folgende hervor: 1. eine spezifische Krankheit ist durch spezifische Mittel zu kontrollieren; 2. in jedem Falle zu indi-

vidualisieren und 3. die Wirkungen der antispezifischen Behandlung sorgfältig zu überwachen und drohende Schwächezustände durch Tonika u. s. w. rechtzeitig zu bekämpfen. *Stern-München.*

Einige allgemeine Bemerkungen zur Syphilisbehandlung, von Eugene Fuller-New York. (*Int. med. Mag.* Okt. 1901.) Verfasser warnt davor, die merkurielle Behandlung vor Eintritt der Sekundärerscheinungen zu beginnen. Keine neuen Gesichtspunkte. *A. Loewald-Graudenz.*

Syphilisbehandlung, von Robert Holmes Greene-New York. (*Int. med. Mag.* Okt. 1901.) Verfasser hält seit 15 Jahren an seiner Methode der Syphilisbehandlung fest, die in innerlicher Verabfolgung von Protojodid-Quecksilber, später wechselnd mit Einreibungen und Jodkaliumgebrauch besteht; daneben gleichzeitig reichliche Anwendung von tonischen Mitteln (Eisen, Chinin, Strychnin). Zur Erhaltung einer guten Konstitution legt Verfasser grofsen Wert auf kalte Bäder, Douchen, Anwendung statischer Elektrizität, Übungen in frischer Luft etc. Auf diese Weise glaubt er am besten die so häufige Neurasthenie der Syphilitiker bekämpfen und die Patienten am besten vor späteren nervösen Störungen schützen zu können. In der gleichen Absicht läfst Verfasser seine Patienten eine Zeit lang mehrmals wöchentlich mit Quecksilber durchräuchern; Kalomel und Zinnober werden zu gleichen Teilen, anfangs 2,5 g, später mehr, unter dem auf einem Stuhle sitzenden Patienten verdampft, dann wird er in ein Tuch gehüllt und bleibt so ½—1 Stunde. Zum Schlusse folgt eine kalte Douche. — Auch in ihren späteren Lebensjahren läfst Verfasser die Patienten die obengenannten hygienischen Mafsnahmen durchführen, um die Gefahr der Erkrankung an Tabes etc. nach Möglichkeit herabzusetzen. *A. Loewald-Graudenz.*

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *der Oberhaut.*

Teutonpräparate, ihre therapeutische Verwendung bei Seborrhoe und Effluorium capillorum, von L. Zeckendorf. (*Klin.-therap. Wochenschr.* 1901. No. 99.) Es giebt eine Teutonseife und vier Teutonpräparate. Die Grundlage aller wird gebildet von: Herba et radix Urticae, radix Bordanae, Corl. Ani, radix Alii cepae, radix Petroselini, acidum lacticum, acidum salicylicum, Alumen crudum, Natr. bicarb., Natr. biboracicum, Glycerin, Serum lactis. (Wie mögen sich wohl in diesem Mixtum compositum die Säuren und Alkalien vertragen?) Teutonseife, Teutonkarbonat und Teuton No. 3 sind gegen Seborrhoe, Teuton No. 1 und Teuton No. 2 gegen Alopecie wirksam. Verfasser kann die Wirksamkeit bestätigen. Bei leichten Fällen von Seborrhoe genügt Einreiben mit Teutonseifenschaum und Nachspülen, bei schwereren mufs man neben dieser abendlichen Waschung noch morgens und abends mit Teuton No. 3, mittags mit Teutonkarbonat einreiben. Bei Effluvium nimmt man Teuton No. 1 morgens und abends, mittags Massage der Kopfhaut mit Teutonkarbonat, nachts Umschläge mit Teuton No. 2. (Mehr nicht? D. Ref.) — Verfasser berichtet über 10 Fälle. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Das nervöse Element beim Ekzem der Kinder, von Jerome Kingsbury-New York. (*Med. News.* 28. Dez. 1901.) Nach Verfassers Ansicht ist Ekzema das gewöhnlichste ebenso wie das unangenehmste Hautleiden bei Kindern unter 5 Jahren. Nach Unna wird das Ekzem der Kinder eingeteilt in ein tuberkulöses, seborrhoisches

und neurotisches. Bei letzterem ist eben die nervöse Störung die vorwiegende Ursache oder das prädisponierende Moment des Ekzems. Im allgemeinen handelt es sich bei dieser recht schlimmen Hautaffektion um eine Reflexneurose, wobei wieder lokale Nervenreizung, gastrointestinale und sexuelle unterschieden werden kann. Von der lokalen Art ist die augenscheinlichste jene der zahnenden Kinder, die weitaus häufigste ist jedoch die reflektorisch von Störungen des Magen-Darmkanals ausgehende, da sie oft schon bei 1—2 Monate alten Kindern beginnt und die Quantität und Qualität der Kindernahrung manchmal jeder Beschreibung spottet. Magen und Darm, welche Monate hindurch mifshandelt und überladen worden sind, können nicht in wenigen Tagen wieder hergestellt werden, so dafs unsere Pflicht nicht mit der Empfehlung einer richtigen Diät und Verabreichung von Kalomel oder grauem (?) Pulver beendet ist, sondern solche Fälle müssen noch lange, nachdem der Ausschlag verschwunden ist, unter Beobachtung bleiben. Auch Brustkinder sind nicht gegen Ekzema gefeit, zu oft ist der Mutter Milch von ungeeigneter Beschaffenheit, und es ist ebenso notwendig, der Mutter Nahrungsweise und Gewohnheiten zu regeln, wie das Kind zu behandeln. Die Möglichkeit von Würmern im Mastdarm und in der Vagina sollte erwogen, der Penis, ebenso wie die Clitoris immer genau untersucht und der Einfluſs, welchen eine Phimose oder verkalkte Smegmamassen im Präputium auf den Hautausschlag ausüben, gewürdigt werden; eventuell Phimosenoperation (Cirkumcision). Die Notwendigkeit, die primäre Krankheitsursache zu beheben, ergiebt sich jedenfalls aus all diesen Erwägungen. *Stern-München.*

Das parasitäre Wesen des Ekzems, von A. Eddowes-London. (*Med. Times & Hosp. Gaz.* 14. Dez. 1901.) Verfasser, ein überzeugter Anhänger der parasitären Ätiologie des Ekzems, weist zunächst auf die neuesten Publikationen, namentlich Bockharts hin und stellt folgende Punkte zur Beantwortung auf: 1. Man sieht Pityriasis oder Seborrhoea capitis mit konsekutivem Ekzem hinter den Ohren und auf der ganzen Kopfhaut unter lokalen Applikationen vollständig ausheilen. Wenn dies kein Ekzem war, was war es dann? Und wenn die Affektion durch Staphylotoxine (nach Bockhart) bedingt war, so darf man doch wohl von seborrhoischem Ekzem sprechen. 2. Wenn recht schwere Ekzemfälle unter fortwährend applizierten antiseptischen Verbänden heilen, sieht man gar nicht selten in den gründlich behandelten Gebieten Furunkel entstehen. Ist man nicht berechtigt, zu denken, dafs die Staphylokokken vor dem Anlegen der Verbände in die Follikel hineingerieten und das Ekzem jedenfalls steigerten, wenn sie dasselbe nicht direkt verursachten? 3. Verfasser hat an seinen Fingerspitzen nach zufälliger Berührung eines nässenden Ekzems zwei kleine Abscesse gehabt, aus denen sich Reinkulturen von Staphylococcus aureus ergaben. 4. Wenn nichts als Ekzem gelten soll, was irgendwie impetiginös ist, so wird diese Diagnose nur sehr selten gestellt werden können. 5. Weshalb sollte nicht Pityriasis durch weitere Steigerung oder Komplikation auf einer reizbaren Basis in Ekzem übergehen können? 6. Impetigo und impetiginöses Ekzem sind nicht blofs Erkrankungen des Kindesalters, und namentlich das letztere kommt bei Erwachsenen häufig vor, sogar als chronische Erkrankung, wie Akne. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Das Ekzema rubrum des Hundes, von Hans Baer-Winterthur. (Zürich 1901. Inaug.-Diss.) Nach ausführlicher Beschreibung des Geschichtlichen über diese schon seit Anfang des 19. Jahrhunderts bekannte Krankheit berichtet B. über seine eigenen, an der Tierarzneischule Zürich gemachten Untersuchungen, indem er die Symptomatologie, pathologische Anatomie, Ätiologie, Kulturzüchtungen der Pilze und Übertragungsversuche besonders berücksichtigt. Das Ergebnis ist folgendes: Das Ekzema

rubrum kann weder durch Unreinlichkeit allein, noch durch Reizmittel oder einfache Verwundung hervorgerufen werden. Nicht einmal durch Zusammensperren oder Übertragung des Hautexsudates gelingt es leicht, das typische Ekzem zu erzeugen. Dagegen sprechen zwei positiv ausgefallene Impfversuche mit Pilzkulturen, welche von den erkrankten Hautstellen gewonnen wurden, dafür, dafs das Leiden spezifisch infektiöser Natur ist, so dafs man zu folgenden Schlufsfolgerungen gelangt:

Das Ekzema rubrum des Hundes ist keineswegs ein Entwickelungsstadium irgend eines Flechtenausschlages, sondern stellt eine spezifische Krankheit dar.

Das Ekzema rubrum ist phytoparasitärer Natur und wird durch einen Mikrococcus von relativ geringer Virulenz und Widerstandskraft erzeugt. Es ist wahrscheinlich, dafs die Infektion von kleinen Hautwunden, Schürfungen und dergleichen ausgeht. Nicht alle Hunde sind empfänglich für die Krankheit. Aufser einer gewissen Disposition scheint ein langes Haarkleid die Infektion zu begünstigen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Septisches Ekzem; durch pyogene Mikroorganismen verursachte Urticaria, von Campana. (*Rif. med.* 1901. No. 73.) Bei einer Patientin bildete sich zuerst ein impetiginöses Ekzem mit Furunkeln und im Verlaufe desselben eine Urticaria aus. Die mikroskopische Untersuchung der Haut im Bereiche der Urticariaquaddeln sowohl als der impetiginösen Eruption ergab das Vorhandensein pyogener Kokken. Verfasser hebt hervor, dafs es sich nicht etwa um eine papulöse septische Dermatitis, sondern um eine wirkliche Urticaria gehandelt habe, die trotz ihres septischen Ursprungs ihre charakteristischen Eigenschaften beibehalten hat. *C. Müller-Genf.*

Die Behandlung von chronischem Ekzem, von A. Eddowes-London. (*Brit. med. Journ.* 15. Febr. 1902.) Zunächst berichtet E. über einen Fall von chronischem Ekzem bei einer Dame, das unter Leimverband prompt ausheilte, nachdem die nötige Desinfektion mit Karbollösung und Spiritus und Einpudern mit Stärkemehl und Borpulver ausgeführt wurde, während vorher der Verband den Zustand nur immer verschlimmert hatte. Als klinische Einteilung unterscheidet E. folgende Ekzemformen: das nässende, das cirkumskripte, das chronisch indurierte oder lichenartige, das papulöse, das pustulöse oder impetiginöse, das erythematöse, das man an den der Luft ausgesetzen Teilen findet, ferner Intertrigo, Ekzema palmare und plantare, Ekzema rimosum, rubrum, seborrhoicum, squamosum, Ekzema infantile und senium und das dem Verlauf der Nerven, Venen und vielleicht den Lymphbahnen und den Spaltungslinien folgende Ekzem. Zum Schlufs schildert E. einen Fall von rezidivierendem Ekzem, das durch einen zeitweilig fast heilenden Eiterherd mit Staphylococcus aureus bedingt war, ferner einen Fall von „sympathischem" Ekzem, sowie noch einige andere.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Behandlung des Ohrekzems, von Hallopeau. (*Revue de thérap. méd.-chir.* Sept. 1901.) Das Ekzem des äufseren Ohres und der Ohrmuschel wird mit Pudern, Zinksalben, Lassarscher Paste behandelt. In hartnäckigen Fällen kommen Hg-, Teer-, Ichthyolsalben zur Anwendung, bei den seborrhoischen Formen Schwefelsalben. Gegen das retroaurikuläre Ekzem wird besonders Pinselung mit Höllensteinlösung empfohlen. Die nässenden Ekzeme des Gehörganges werden mit Borvaseline, Zinkoxyd- oder Bismuth. subnitricum Pomaden, auch mit Ölen behandelt. Chronische Fälle erfordern Applikation von Arg. nitricum. Gegen trockene Ekzeme des Gehörganges kommen Menthol-, Teer- und Salicylöl und Vaseline zur Anwendung. Aufserdem giebt Verfasser noch nach bekannter französischer Auffassung Vorschriften für die interne Therapie bei „Arthritikern" u. s. w. *Iwan Bloch-Berlin.*

Ein Fall von Dermatitis exfoliativa neonatorum (Ritter), von A. Ravogli-Cincinnati. (*Cleveland. med. Gaz.* Aug. 1901.) Es handelte sich um einen 6 Tage alten Knaben, der am dritten Lebenstage einen roten Fleck auf der Brust zeigte und am vierten Krankheitstage nach allgemeiner, typischer Ablösung der Oberhaut starb. Als ätiologisch bemerkenswert wird erwähnt, dafs die Hebamme zur Zeit an einer Paronychie litt und dafs ein anderes zu ihrer Clientèle gehöriges Kind in ähnlicher Weise an Blasenausschlag erkrankte, aber wieder genas. Bei der Autopsie fand sich eine ausgesprochene Hyperämie nebst Rundzelleninfiltration an den Lungen, den Nieren und der Leber, wie man sie bei pyämischen Vorgängen findet. An der Haut konstatierte man eine beträchtliche Vergrößerung der Blutgefäfse in der Papillarschichte, ödematöse Schwellung der Papillen, erhebliche Erweiterung der Lymphräume und mehr oder weniger tiefgreifende Abhebung der Oberhaut bis zur Bloßlegung der Papillen. In grofser Menge wurden Staphylokokken auf der Oberfläche der Haut nachgewiesen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von akuter Dermatitis exfoliativa universalis, von G. A. Brucr. (*Brit. med. Journ.* 16. Febr. 1901.) Ein 58jähriger Mann litt an Asthma und leichtem Ödem der unteren Extremitäten. Die Untersuchung stellte eine Mitralinsufficienz fest. Gegen die unregelmäfsige Herzaktion nahm er 3 Wochen hindurch mit sehr gutem Erfolge eine Digitalismixtur, welche Ammon. carbon., Ammon. benzoic., Natr. benzoic., Tinctur. digit., Tinctur. jaborandi, Decoct. scoparii enthielt. Alle Erscheinungen (Atemnot, Puls, Ödem, Albuminurie) besserten sich auffallend rasch. Dagegen zeigte der Patient eines Tages am rechten Unterschenkel eine gerötete, sich abschuppende Stelle. Die Affektion verbreitete sich innerhalb 4 Tagen über den ganzen Körper und liefs von Kopf bis Fufs keine Stelle frei. Die Augenbrauen, Augenwimpern, zum gröfseren Teile auch die Kopfhaare fielen aus. Die übriggebliebenen Haare nahmen statt der früheren dunkelbraunen eine grauweifse Farbe an. Die Epidermis löste sich in grofsen Lamellen. Der Urin enthielt Eiweifs. Häufige Waschungen des Körpers brachten Linderung. Während 14 Tagen schwebte der Patient in Lebensgefahr. Dann besserte sich unter Bettruhe, Diät und einer Mixtur von Tinctur. nuc. vom. und Tinctur. strophanti allmählich der Zustand. Nach drei Monaten war der Patient gesund, sah allerdings um 20 Jahre älter aus. *C. Berliner-Aachen.*

Dermatitis exfoliativa universalis, von Powell. (*Brit. med. Journ.* 30. März 1901.) Der Verfasser beschreibt einen Fall bei einem fünfjährigen Mädchen. Die Krankheit begann vor 2 Monaten mit einem roten Ausschlag auf dem Rücken. Innerhalb von 3—4 Tagen war der ganze Körper ergriffen. Überall war die gerötete Oberfläche bedeckt mit verschieden grofsen, lose haftenden Schuppen. Haare und Nägel wurden in den Prozefs mit hineingezogen. Das Allgemeinbefinden des Kindes war nicht gestört, Fieber war nicht vorhanden. Die Behandlung bestand in Bettruhe, warmen Bädern und Feuchthalten der Haut mit schwacher Leimwasserlösung. Über den weiteren Verlauf bringt der Verfasser nichts. *C. Berliner-Aachen.*

Ein Fall von Erythroderma squamosum, von A. Ravogli-Cincinnati. (*Journ. amer. Med. Assoc.* 13. Juli 1901.) Es handelte sich um einen 3jährigen Knaben, von gesunden Eltern stammend, dessen 6 ältere Geschwister im Kindesalter vorübergehend die gleiche Affektion dargeboten haben sollen. Die gegenwärtige Attacke war bereits die dritte, an der der kleine Patient leidet. Aufser an den Handtellern und Fufssohlen zeigt die gesamte Oberhaut eine hellrosarote Verfärbung und Entwickelung von meist dünnen, verschieden grofsen Schuppen. Das Allgemeinbefinden war nicht beeinträchtigt, kein Fieber, kein Jucken. Heilung erfolgte prompt nach zweimaliger

einreibung von Leberthran zur Beseitigung der Schuppen und nachheriger Anwendung von Resorzinsalicylsalbe, sowie von Arsenik innerlich. Differentialdiagnostisch kamen nur Pityriasis simplex und Pityriasis rubra (Devergie) in Betracht, aber wirklich analog war die Affektion blofs den von Brocq und White beschriebenen Fällen von Erythrodermie. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Auftreten von Psoriasis vulgaris im Anschlufs an eine Tätowierung, von Bettmann-Heidelberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1901. No. 41.) Bei einem Bäcker, der niemals an einer Hautkrankheit gelitten hatte und in dessen Familie nie Psoriasis vorgekommen war, trat ungefähr 14 Tage nach einer Tätowierung und zwar zunächst auf die tätowierte Stelle an der Beugeseite des linken Vorderarms beschränkt, eine Psoriasis vulgaris auf. Dieselbe verbreitete sich allmählich über den ganzen Körper. In ihrer Verteilung am Rumpf und den unteren Extremitäten zeigte die Erkrankung nichts Auffälliges; dagegen war der linke Arm stärker ergriffen als der rechte, insbesondere entstand an der tätowierten Stelle durch Konfluenz zahlreicher kleiner Effloreszenzen ein grofser Psoriasisherd. Auf einer alten Tätowierung am rechten Arm, die drei Jahre früher gemacht worden war und keinerlei Krankheitserscheinungen zur Folge gehabt hatte, trat eine einzige, linsengrofse Effloreszenz auf. — Der Fall scheint wohl einen Beleg für die parasitäre Natur der Psoriasis zu liefern, einen vollwertigen Beweis für dieselbe liefert er aber sicher nicht, wie auch alle Momente, die bisher für die perasitäre Entstehung der Psoriasis angeführt werden, absolut nicht beweiskräftig sind. *Götz-München.*

Behandlung der Psoriasis, von Henry Bernard. (*Journ. d. pratic.* 1902. No. 4.) Zusammenstellung und Würdigung der verschiedenen, bei der Behandlung der Psoriasis gebräuchlichen, allgemein bekannten Medikamente und ihrer Anwendungsweise. Der Verfasser selbst hält das Oleum cadinum für das wirksamste und empfehlenswerteste Antipsoriaticum. *Götz-München.*

Psoriasis und Glykosurie, von Walther Piek-Breslau. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1902. No. 3.) Die Ätiologie der Psoriasis ist noch unbekannt; ein Teil der Dermatologen betrachtet sie als eine lokale parasitäre Erkrankung, ein anderer als vasomotorische Neurose, ein dritter sieht in der Psoriasis den Ausdruck einer Dyskrasie. In einzelnen Fällen will man einen Zusammenhang mit Diabetes gefunden haben und führte diese auf eine, beiden Krankheiten gemeinsame Herabsetzung der Assimilationsgrenze für Zucker zurück. Die Untersuchungen P.s ergaben, dafs die elimentäre Glykosurie bei Psoriasis eine seltene Erscheinung ist und sich dieser und gelegentliche Befund nicht im Sinne einer Beziehung der Psoriasis zu Stoffwechselanomalien verwerten läfst. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über die Ichthyosis congenita (Hyperkeratosis diffusa congenita), von Haus. (*N. Mag. for Laegov.* 1901. No. 5.) Es handelt sich um zwei Brüder, von denen der eine 28 Stunden, der andere 8 Tage nach der Geburt starb: der eine war 4 Jahre älter als der andere. Bei den Eltern und anderen Verwandten war nichts in der Anamnese zu finden, das an eine ähnliche Affektion erinnerte. Dagegen war die Mutter neuropathisch beanlagt, eine Schwester irrsinnig und eine andere epileptisch. Histologisch stimmten die Fälle im grofsen und ganzen mit der Beschreibung von Wassmuth überein, nur fand Haus in seinen Fällen eine fast ununterbrochene Schicht von Keratohyalin. Eine Vermehrung der Knäuel- oder Talgdrüsen war nirgends zu bemerken. Im Gegensatze zu Wassmuth behauptet Verfasser, dafs das Stratum corneum vollständig entwickelt ist. Die Affinität des Stratum corneum zum Farbstoffe

bei der Gramschen Färbemethode führt er auf eine Retention des Hautdrüsensekretes zwischen den Hornlamellen zurück. Statt der Bezeichnung Ichthyosis congenita schlägt er diejenige von Hyperkeratosis diffusa mit den näheren Bezeichnungen serpentina, nitida, hystrix etc. vor oder schliefslich Hyperkeratosis diffusa congenita. In Bezug auf die Ätiologie glaubt Verfasser, dafs es sich um eine bereits von den ersten Stunden an bestehende hereditäre Disposition handelt. Er hebt die grofse Frequenz der Affektion bei den Kindern blutsverwandter Eltern hervor. Eine gewisse Bedeutung schreibt er ferner der neuropathischen Heredität zu. In einer Zusammenstellung hat Borck ein auffallendes Abwechseln von ichthyotischen, geisteskranken und gesunden Individuen in derselben Familie hervorgehoben. *C. Müller-Genf.*

Über Leukoplakia buccalis, von W. A. Lieven. (*Med. Woche.* 1901. No. 23.) L. stellt einige Fälle seiner Praxis vor und teilt seine Beobachtungen mit, welche für die Deutung der bei Leukoplakia buccalis regelmäfsig beobachteten Erscheinungen nicht ohne Bedeutung sind; es handelt sich dabei nur um „idiopathische Leukoplakien", deren Ursache der Tabak ist. In ausführlicher Weise schildert er den pathologischen Vorgang bei der Entstehung der Raucherwange und die Theorie der Entstehung des Leukoms der Wange und Zunge, welche auch für die Diagnose wichtig sind. Therapeutisch empfehlen sich neben Aufgabe des Rauchens milde Behandlung mit alkalischen Mundwässern, Boraxhonig (1 : 3), dagegen niemals scharfe Ätzungen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über Leukoplakie, von John V. Shoemaker-Philadelphia. (*New York med. Journ.* 23. Nov. 1901.) Im Anschlufs an zwei selbst beobachtete Fälle von Leukoplakie, welche einen 67- und einen 54jährigen Mann betrafen, giebt Sh. eine ausführliche Beschreibung dieser Affektion, deren Symptome, Pathologie, Ätiologie und Beziehungen. Differentialdiagnostisch führt er als wichtig folgende 5 Affektionen an: 1. Syphilis (Plaques muquenses), 2. Tuberkulose — tuberkulöse Geschwüre der Zunge sitzen gewöhnlich an deren Spitze —, 3. Epitheliome — deren durchschnittliche Dauer übersteigt ohne Operation keine 1½ Jahre —, 4. Glossitis chronica — nur mit geringer Desquamation verbunden —, und 5. die Glasbläserplaques — die Beschäftigung ist wohl meist leicht zu eruieren —. Bezüglich der Ätiologie der Leukoplakie spielen bekanntlich Tabakgenufs und Syphilis die Hauptrolle; auch in den beschriebenen zwei Fällen, von welchen der eine bereits über 10 Jahre unverändert bestand, war excessiver Tabakgenufs (Rauchen und Kauen) zugestanden. Bezüglich des Charakters der Flecke legt Sh. grofses Gewicht auf deren silberweifse Farbe und den ständig auf ihnen vor sich gehenden Abschuppungsprozefs. Was die Behandlung betrifft, so kommt bekanntlich in erster Linie Enthaltung von Alkohol- und Tabakgenufs, dann von heifsen, sauren und gewürzten Speisen in Betracht. Antiseptische und alkalische Mundwässer, eventuell Extraktion eines schadhaften Zahnes. Schwimmer hat lokale Applikation einer ½%igen Lösung von Sublimat. corros. und einer 1%igen Chromsäurelösung empfohlen, auch mit Papain (1 Teil auf 10 Teile destilliertes Wasser und Glycerin) soll vollständige Heilung der Leukoplakie erzielt worden sein. Wenn Ulcerationen und Fissuren vorhanden sind, wenn das Leiden auf die milderen Mittel nicht gewichen und vor allem Drüsenschwellungen in der Nachbarschaft vorhanden sind, mufs man operativ vorgehen. Dekortikation der Zunge nach Ransohoff, Trillat und Verneuil, wonach glatte Heilung ohne Narbenbildung erfolgen soll. Die Allgemeinbehandlung darf nicht vernachlässigt werden, bei Syphilis spezifische Kur, obwohl dieselbe im allgemeinen wenig Einfluſs auf die Leukoplakie hat, Magenstörungen, Lithaemie u. s. w. sind entsprechend zu behandeln. In dem einen seiner Fälle wandte Shoemaker zur lokalen Applikation Chromsäure (0,6 : 30,0) an, in dem anderen wurde die Leuko-

plakie, welche auf der Unterlippe saſs, excidiert, und es trat glatte Heilung ein; späterhin bekam der Patient innerlich eine Mischung von Salpeter-Salzsäure-Lösung mit 5—10 Tropfen Extr. fluid. Hydrastis, wodurch die Thätigkeit der Leber und Darmdrüsen angeregt und einer prädisponierenden Ursache der Leukoplakie entgegengearbeitet werden soll. *Stern-München.*

Mykosis der Tonsille und Zungenbasis, von Harrison Griffin-New York. (*New York med. Journ.* 14. Dez. 1901.) Der Fall betraf eine 24jährige Dame, bei welcher rechte und linke Tonsille, Zäpfchen, unterer Rand des weichen Gaumens und Zungengrund von dem weiſslichen, festhaftenden Belage bedeckt waren. Gr. führt all die Mittel auf, welche der Reihe nach hier sowohl wie bei der Mykosis überhaupt schon versucht worden sind, erwähnt dabei, daſs er niemals bei Männern diese Affektion gesehen, sondern all seine Fälle weibliche Personen betrafen; wahrscheinlich sei das Rauchen die Ursache, daſs sich der Pilz (Leptotrix) bei ersteren nicht ansiedle. Im vorliegenden Falle empfahl Gr. seiner Patientin, möglichst oft eine Cigarre oder Pfeife zu rauchen, schabte den Belag ab, ätzte sodann die Schleimhäute mit Chromsäure und lieſs als Gurgelwasser folgende Mischung nehmen: Tinct. ferri perchlorat. 18,0, Glycerin. 60,0, Aqu. q. s. ad 100,0 s. Alle drei Stunden zu gurgeln. Dieser kombinierten Behandlung, welche noch bei fünf anderen Patientinnen in Anwendung kam, ist die vollständige Heilung, die bei diesem sehr hartnäckigen Leiden eintrat, nach Griffins Ansicht zuzuschreiben. (Referent ist der Meinung, daſs sorgfältige Abtragung der Wucherungen mit dem scharfen Löffel allein meist auch genügen würde.) *Stern-München.*

Über einige Fälle von schwarzer Zunge, von Reinecke. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* Bd. 70, Heft 5 u. 6.) Verfasser beobachtete sieben Fälle von schwarzer Zunge, davon betrafen fünf Luetiker. Ein Fall scheint für parasitären Ursprung der Erkrankung zu sprechen, obwohl Kulturen nicht angingen, vielleicht weil unter den angewandten Nährböden sich kein geeigneter fand; ein zweiter beruht wohl auf mangelhafter Mundpflege und Durchtränkung der Zungenpapillen mit Tabaksjauche; da die anderen Fälle Luetiker betrafen, so liegt es nahe, hier Quecksilberniederschläge verantwortlich zu machen. In vier Fällen konnte die Dauer der Erkrankung festgestellt werden: sie schwankte zwischen 12 und 25 Tagen. *F. Hahn-Bremen.*

Über Trichophyton-Infektionen bei Menschen und Tieren, von J. L. Bunch. (*Brit. med. Journ.* 9. Febr. 1901.) Verfasser hat während seiner mehrjährigen Thätigkeit im Middlesex-Hospital bei zahlreichen Ringwormfällen nach der Infektionsquelle geforscht und hat die Ursache vielfach in einem mehr oder weniger innigen Kontakt der Patienten mit an Ringworm erkrankten Tieren gefunden. Die Krankengeschichten mehrerer solcher Fälle werden im vorliegenden Aufsatze beschrieben.

Fall 1 betraf ein $3^1/_2$ Jahre altes Mädchen, die Tochter eines Fuhrmannes. Verfasser konnte sich persönlich überzeugen, daſs eins der Pferde, mit welchem das Kind in Berührung gekommen war, Ringwormstellen aufwies. Die mikroskopische Untersuchung einiger Haare des Pferdes ergab Ketten von groſsen Sporen an der Aufsenseite des Haares, genau wie beim Kinde; und Kulturen, auf demselben Nährboden wie beim Kinde angelegt, erwiesen sich nahezu identisch denen, welche von den Kopfhaaren des Mädchens erhalten worden waren.

Fall 3 hatte die Krankheit von einem Foxterrier, Fall 4 von einer Katze acquiriert. Dieser letztere Fall betraf ein 4 Wochen altes Kind mit Tinea cincinata auf der linken Wange. Die mikroskopische Untersuchung wie Reinkulturen ergaben beim Kinde wie bei der Katze gleiche Befunde, die groſssporige Ectothrixform des

Trichophytonpilzes. Von besonderem Interesse war Fall 6, der einen 9jährigen Knaben betraf, weil sowohl bei diesem, wie bei der Katze, mit der der Patient gespielt hatte, die seltene Endothrixform des Ringwormpilzes nachgewiesen werden konnte.
C. Berliner-Aachen.

Eine Ringworm-Schule in London. (*Brit. med. Journ.* 23. Febr. 1901.) Der „Metropolitan Asylum Board" hat eine Schule errichtet, in welcher 160 mit Ringworm behaftete Kinder Aufnahme finden, Unterricht und Behandlung unentgeltlich erhalten sollen. Letztere hat Dr. C. Fox übernommen. *C. Berliner-Aachen.*

Trichosporum und Trichosporien, von Paul Vuillemin-Nancy. (*Arch. de parasitol.* Bd. V, No. 1.) Der Verfasser konstatierte bei einem 36jährigen Manne an einem grofsen Teile der Schnurrbarthaare, und zwar ausschliefslich an tiefliegenden Haaren, festhaftende, durchscheinende, glänzende, scheidenartige, mit Einschnürungen versehene Verdickungen, welche die Mitte des Haarschaftes in einer Ausdehnung von 1—1½ cm umgaben. Die Haare wiesen an diesem Teile mikroskopische Veränderungen auf, die sich aber nur bis zur Rindenschicht erstreckten. Die übrigen Teile der Haare, insbesondere Bulbus und Follikel, waren makroskopisch und mikroskopisch unverändert. Die Untersuchung ergab, dafs diese Verdickungen ausschliefslich aus Mikroorganismen bestanden. Energische und oft wiederholte Waschungen mit 0,5‰iger Sublimatlösung brachten die Erscheinungen im Verlaufe von vier Wochen zum Verschwinden. — Der Verfasser hat die Veränderungen, welche die Haare aufwiesen, sowie die Mikroorganismen, welche diese Veränderungen hervorgebracht, eingehend untersucht und kommt zu dem Resultate, dafs es sich um eine Pilzart handelte, die in die gleiche Gruppe gehört wie die Erreger der in Columbien vorkommenden Piedra, der Trichomycosis nodosa Behrends, der Piedra nostras Unnas, der Tinea nodosa Cheadles und Malcolm Morris', dafs es sich also um eine Trichosporumart handelte; da dieselbe mit einer von Beigel früher beschriebenen Art identisch zu sein scheint, schlägt der Verfasser für dieselbe die Bezeichnung Trichosporum Beigeli vor. Die genannten Affektionen selbst, die ebenso wie ihre Erreger verschiedene Arten ein- und derselben Gruppe darstellen, fafst er unter dem Namen „Trichosporien" zusammen. *Götz-München.*

Resultate von Untersuchungen, angestellt an 4 Fällen von Mikrosporie und 81 Fällen von Trichophytie, von G. Hügel. (*Münch. med. Wochenschr.* 1901. No. 49.) Der Verfasser beobachtete an vier aus Strafsburg bezw. dessen Umgebung stammenden Kindern typische Mikrosporie, die in allen 4 Fällen in klinischer, mikroskopischer und mykologischer Beziehung genau die von Sabouraud als charakteristisch bezeichneten Merkmale aufwies. Damit ist das Vorkommen der Grubyschen, durch Mikrosporon Audonini verursachten Krankheit in Strafsburg und wahrscheinlich in Deutschland überhaupt zum ersten Male mit Sicherheit festgestellt. Ob die Fälle von auswärts importiert worden sind, liefs sich nicht eruieren, ebensowenig, ob zwischen allen 4 Fällen ein ursächlicher Zusammenhang bestand. Verschiedene Impfversuche, die an Meerschweinchen zum Teil mit Reinkulturen, zum Teil durch direkte Übertragung vorgenommen wurden, verliefen resultatlos. — Der Verfasser hatte aufserdem Gelegenheit, im Verlaufe von 1½ Jahren 81 durch Trichophyton tonsurans verursachte Hautaffektionen zu beobachten. Unter diesen Fällen waren all die verschiedenen, allgemein bekannten klinischen Krankheitsbilder, wie sie eben das Trichophyton tonsurans bedingt, vertreten. In sämtlichen Fällen fand sich ausschliefslich das grofssporige Trichophyton ectothrix; dasselbe liefs sich stets mit Erfolg auf Meerschweinchen überimpfen. Nach dem Ergebnisse der vorgenommenen Versuche und

Untersuchungen kann ein und dieselbe Trichophytonart verschiedene klinische Krankheitsbilder hervorrufen; bestimmend für diese Verschiedenheit sind wahrscheinlich die je nach der Lokalisation verschiedenen anatomischen, chemischen und sonstigen Verhältnisse. *Götz-München.*

Akne und ihre Behandlung, von HENRY H. KOEHLER-Louisville. (*Louisville Journ.* 1901. No. 12.) Der Verfasser verwirft das Vorgehen so vieler Praktiker, bei Akne unwiderruflich ein Arsenpräparat oder Teer zu geben. Letzterer ist ganz wegzulassen, da er die Comedonen vermehrt und zur Pustelbildung anregt. Die interne Therapie darf nicht vernachlässigt werden, insofern sie eine diätetische ist. Von innerlich gegebenen Medikamenten hält KOEHLER nichts. Die Hauptaufgabe fällt der äufserlichen Behandlung zu. Grüne Seife in Substanz oder Lösung. Zur Entfernung der Talgpfröpfe dienen Säuren, etwa eine Essigsäure-Kaolinpaste. Gleichzeitig eine Zinksulfid- oder Schwefelpräcipitatlösung kombiniert mit Aqua Calcis und etwas Tragacanthgummi. Stärker noch als diese Lösung wirkt die LASSARsche Schälpaste. Im übrigen bewegen sich Verfassers therapeutische Vorschläge auf bekannten Wegen. *Hopf-Dresden.*

Behandlung der Krätze, von BALMELLE-Montpellier. (*Ann. des thérap. dermat. et syphilig.* 5. Nov. 1901.) Nach einem historischen Überblick der Krätzebehandlung schildert B. zunächst ausführlich die sogenannte Zwei-Stunden-Kur, welche 4 Abteilungen umfafst: 1. Der vollständig entkleidete Patient wird mit grüner Seife und heifsem Wasser gründlich eingeseift. 2. Vollbad, während dessen Patient sich noch tüchtig einseift und frottiert. 3. Gründliches Einreiben der HELMERICHschen Salbe (Flor. sulfur. 50, Kal. carbon. 25, Axung. 300). 4. Vollbad. Hinterher Einpudern mit Stärkemehl zur Beruhigung des Hautreizes. Ein Hauptmoment zur Erzielung günstiger Resultate ist die Vorschrift, dafs eine jede der 4 Prozeduren genau eine volle halbe Stunde dauern soll. Die Methode ist auch bei Kindern zu empfehlen. Für diese ist auch die einfache JULIENsche Vorschrift empfehlenswert: Ohne vorheriges Baden oder sonstige Vorbereitung wird Perubalsam 20 Minuten lang tüchtig eingerieben, worauf sich die Kranken ins Bett legen und am nächsten Morgen ein Reinigungsbad nehmen, was nebst Einpudern mit Stärkemehl die Behandlung beendet. Allerdings können im Falle von grofsen Exkoriationen Vergiftungserscheinungen auftreten, welche unter Umständen den Tod herbeigeführt haben. Ebenso ist Naphthol bei Kindern nicht ungefährlich, und bei Anwendung des Volksmittels Petroleum hat sich schon ein Kind infolge zu grofser Nähe des heifsen Ofens tötliche Brandwunden zugezogen. DAUCHEZ empfiehlt bei Kindern mit reizbarer Haut folgendes: Die ersten drei Tage Vollbäder mit reichlichem Zusatz von Gelatine oder Stärkemehl, hinterher Abseifen mit Panamaseife, Einpudern mit Stärkemehl, Einwickeln mit Gaze, die mit Stärkeglycerin getränkt ist. Vom vierten bis zehnten Tage tägliche Einreibungen mit FEULARDscher Salbe (Perubalsam 5,0, Naphthol 1,0, Axung. 50,0). Dann 14 Tage lang tägliche Waschungen mit Karbol und aromatischem Essig (Acid. carbol 1,0, Acet. aromatic 100,0 s. Ein Kaffeelöffel voll auf einen Krug Wasser) und ausgiebiger Gebrauch von Streupuder. In allen Fällen ist nach der Kur gründliches Erhitzen aller Kleidungsstücke im Sterilisationsofen unbedingt nötig. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Bericht über eine durch Pediculi capitis bedingte Familienepidemie von Impetigo contagiosa bullosa, von G. PERNET-London. (*Lancet.* 8. Febr. 1902.) Es handelte sich um 4 Kinder, welche an Händen und Gesicht zum Teil sehr schöne Bläschenbildung aufwiesen. Bei dem einen Kinde wurden Nissen gefunden, was nach P.'s (jedenfalls nicht allgemein geteilter, Ref.) Auffassung die Entstehung der Läsionen erklären soll. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

In der Niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde (Sitzung vom 28. Oktober 1901, ref. Vereinsbeilage No. 48, 1901, der *Dtsch. med. Wochenschr.*) stellte Grouven zwei Fälle von **Pemphigus foliaceus** vor, bei welchen sich die Entstehung aus einem Pemphigus vulgaris verfolgen liefs; der eine betraf einen 38jährigen Patienten und bestand seit ca. einem Jahre; es trat ein kleinbläschenförmiger Ausschlag auf, später war der Körper mit massenhaften grofslamellösen Epidermisfetzen bedeckt, unter denen das Corium teils nässend frei lag, teils mit locker aufliegender, verschieblicher Epidermis bedeckt war. Besserung durch Einspritzungen von Strychninum nitricum. Der zweite Fall betraf ein 26jähriges Mädchen und bestand seit zwei Jahren; er verlief lange unter dem intermittierenden Typus des Pemphigus vulgaris, allmählich wurden die Blasen schlaffer, die Epidermis hob sich in grofsen Strecken ab und zeigte wenig Neigung zur Regeneration. Strychnin hatte hier keinen Erfolg, doch hat sich die Patientin erholt, so dafs es ihr zur Zeit leidlich geht. *F. Hahn-Bremen.*

Über chronischen Schleimhaut-Pemphigus der oberen Luftwege, von Jacob Gugenheim-Nürnberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1901. No. 51.) Nach einer kurzen Schilderung des selbständig und isoliert auftretenden Schleimhaut-Pemphigus berichtet der Verfasser über einen typischen Fall von chronischem Pemphigus der oberen Luftwege. Die Affektion, die seit 2½ Jahren bestand, war an der hinteren Rachenwand und hauptsächlich im Larynx lokalisiert, wo an verschiedenen Stellen immer wieder neue Efflorescenzen in Form weifslicher, rasch sich abstofsender Auflagerungen erschienen. Ein einziges Mal wurde am Epiglottisrand eine deutliche, kleinbohnengrofse Blase mit grünlich durchschimmerndem Inhalt beobachtet. Während zahlreiche Untersuchungen der Auflagerungen stets nur die Struktur von Exsudatmembranen erkennen liefsen, konnte an einem von der hinteren Pharynxwand stammenden Belaghäutchen eine dünne Epitheldecke über dem Exsudat nachgewiesen werden; diese Auflagerung mufs daher als ein Blasenanalogon betrachtet werden.

Götz-München.

---

b. *der Cutis.*

Die Behandlung der Acne pustulosa, von H. L. Jones. (*Brit. med. Journ.* 2. März 1901.) Zu dem vom Verfasser beschriebenen Verfahren sind folgende Requisiten notwendig: Rauchende Salpetersäure, Terpentin, einige Holzstäbchen (am besten gute Streichhölzer), Löschpapier, Vaselin und ein scharfes Federmesser. Das eine Ende des Holzstäbchens wird fein zugespitzt, dann in die rauchende Salpetersäure getaucht, die überschüssige Säure mit Löschpapier aufgesaugt. Die Pustel wird vorher mit Vaseline eingefettet. Hierauf wird die scharfe Spitze des Holzstäbchens rasch in die Pustel bis zu deren Basis eingestochen und mehrere Male gedreht. Damit ist die Operation fertig. Das Verfahren ist etwas schmerzhaft, aber nicht mehr als andere Prozeduren.

Für jede Pustel ist ein frisches Holzstäbchen bezw. Streichholz zu verwenden. Bei empfindlichen Patienten sollen in einer Sitzung nicht mehr als 5—6 Pusteln in der beschriebenen Weise behandelt werden. Wo gröfsere Indolenz vorhanden ist, können jedoch weit mehr Efflorescenzen, namentlich auf dem Rücken vorgenommen werden. Die Nachbehandlung besteht in Bepinselungen des Gesichts oder der sonstigen befallenen Körperteile mit Terpentin zwei und mehrere Male des Tages. Es darf keine Pustel unbehandelt bleiben. Eisen, Arsenik, Chinin, Leberthran innerlich unterstützen wesentlich die äufsere Behandlung des lästigen, das Gesicht so mancher Dame entstellenden Leidens. *C. Berliner-Aachen.*

Über Folliculitis (Acne) exulcerans serpiginosa nasi (Kaposi), von E. Finger. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1901. No. 10.) Aus der Aknegruppe sind zu entfernen: Acne teleangiektrides und Acne exulcerans serpiginosa nasi, zwei von Kaposi aufgestellte Krankheitsbilder. Das erstgenannte ist identisch mit dem Lupus follicularis desseminatus; vom letztgenannten schildert Verfasser hier einen Fall. Bei einem 20jährigen, stämmigen Bauernburschen bestand an der ganzen Nasenspitze, auf die Schleimhäute übergehend, eine ausgedehnte Ulceration, bedeckt mit gelbbrauner Borke, darunter grobkörnige, massige Granulationen. In der Umgebung sah man zerstreut zahlreiche, selten über stecknadelkopfgroße, rosenrote, entzündliche Knötchen, zum Teil ein Börkchen an der Spitze tragend, die Vorgänger der Ulcerationen. Außerdem viele Komedonen und Akneknötchen im Gesicht, auf Brust und Rücken. Nach monatelangem Bestande heilte das Leiden unter ziemlich indifferenter Behandlung. Die histologische Untersuchung ließ Tuberkulose ausschließen. — Nicht mit Sicherheit zu behaupten ist, daß es sich wirklich um eine von den Follikeln ausgehende Affektion handelt. — Die sehr kleinen Knötchen, die entzündlichen Erscheinungen und die dadurch bedingte Schmerzhaftigkeit, die Art des Zerfalles, die spontane Heilung unterscheiden diesen Fall von den Kaposischen. — Jedenfalls giebt es eine seltene Hautaffektion, bei der ausgehend von folliculär angeordneten Primäreffloreszenzen es durch Zerfall zu Ulcerationsprozessen kommt, die durch Nachschübe unterhalten werden und erst nach Auflösen der letzteren ausheilen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über Fanghi di Sclafani, ein wenig bekanntes, bei Acne rosacea sehr wirksames Mittel, von Otto v. Fleischl. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1901. No. 49.) Fanghi di Sclafani ist eine Erde vulkanischen Ursprungs, welche in Sclafani auf Sicilien gefunden wird. Dieselbe hat sich dem Verfasser ausgezeichnet bei der Acne rosacea nicht zu schwerer Art bewährt. Es wird in einer kleinen Porzellanschale etwa eine Messerspitze (0,5) des Pulvers mit etwas Wasser (2,0) angerührt und der Brei auf die Nasenhaut abends aufgetragen; das Wasser verdunstet, das Pulver bildet einen puderartigen Belag. Morgens wäscht man mit Wasser ab und tupft die Haut trocken, ohne zu reiben. Dieses wird allabendlich wiederholt. Dermatitis stellt sich nur bei zu konzentrierter Anwendung bei manchen Menschen ein. Ein Beginn mit geringer Dosis ist immer empfehlenswerter. — Die Wirkung ist durch die Zusammensetzung der Erde unschwer verständlich. Dieselbe enthält Schwefel, und zwar, wie das Mikroskop lehrt, in feinstem Aggregatzustande, noch viel feiner als die Schwefelmilch; der Schwefel ist in Schwefelkohlenstoff ganz löslich. Außerdem findet man in der Erde freie Schwefelsäure, Aluminiumsulfat, Eisensulfat und eine organische Substanz. Alle diese Stoffe sind in Wasser löslich. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zwei Fälle von Ulcus molle serpiginosum und deren mikroskopische Präparate demonstrierte Róna in der k. ung. Ärztegesellschaft (Sitzung am 27. Nov. 1901). Die Existenz des Ulcus molle serpiginosum wird von mehreren Autoren in Zweifel gezogen, vielmehr für einen tertiären, von zerfallenen Knoten zusammengesetzten syphilitischen Prozeß oder für eine Hauttuberkulose gehalten. Dieser Ansicht gegenüber stehen wieder andere, die diesen Prozeß als schankrösen betrachten, der sogar durch Befund des Ducrey-Unnaschen Streptobacillus bekräftigt würde. Vortragender zeigt nun zwei Fälle von ausgebreiteten serpiginösen Geschwüren, die im Verlaufe von 6—10 Monaten enorme Dimensionen annahmen, und verheerende Gewebszerstörungen hervorriefen. In beiden Fällen wurde nun der Unnasche Streptobacillus sowohl im Geschwürsekrete als auch in den Gewebsschnitten, in letzterem Falle sogar beinahe in Reinkulturen, gefunden. Dieser Befund beweist nun den schankrösen Charakter dieser serpiginösen Prozesse. *A. Alpár-Alexandria.*

Fall von Erythema nodosum mit Iritis als Komplikation, von A. W. Allan-Wainfleet. (*Brit. med. Journ.* 26. Okt. 1901.) Verfasser berichtet diesen Fall als Beispiel eines nicht mit Rheumatismus einhergehenden Falles von Erythema nodosum. Da aber Patientin, eine 33jährige Bauersfrau, lebhaft fieberte und auch über Schmerzen in den Beinen und dem Rücken klagte, kann man trotz des Fehlens von Gelenkschwellungen den Beweis nicht als durchgeführt erachten (Ref.). Die Iritis heilte ziemlich gleichzeitig mit der Hautaffektion. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über Angina, Gelenkrheumatismus, Erythema nodosum und Pneumonie, nebst Bemerkungen über die Ätiologie von Infektionskrankheiten, von Menzer-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1901. No. 1 u. 2.) Der akute Gelenkrheumatismus wird neuerdings als eine oft von den Tonsillen ausgehende Streptokokkeninfektion aufgefafst. Aus drei Fällen des Verfassers mit übereinstimmendem Befund läfst sich schliefsen, dafs die im peritonsillären, hämorrhagisch durchsetzten Gewebe nachweisbaren Diplo- und Streptokokken auf dem Wege der Blutbahn die Erscheinungen des Gelenkrheumatismus bedingt haben. Auch bei einem Falle von Erythema nodosum nimmt M. eine Infektion vom Rachen an, wobei ein Staphylococcus die ätiologische Rolle gespielt hat, wie er auch für die genuine Pneumonie die Eingangspforte vielfach im Rachen annimmt.

Die Frage nach der Entstehung der Infektionskrankheiten ist nicht allein durch Erforschung der Bakterien und ihrer etwaigen spezifischen Eigenschaften zu lösen, sondern wir müssen mehr den Menschen, wie er sich nach seiner Konstitution, in verschiedenem Alter und unter verschiedenen äufseren Verhältnissen den ubiquitären Bakterien gegenüber verhält, in den Vordergrund stellen. In interessanter, klarer Weise stellt dann Verfasser seine Ansichten auf und versucht eine Reihe von infektiösen Krankheitsformen, welche sich dem klinischen Blicke als durchaus verschiedene darbieten, von einem gemeinsamen Gesichtspunkte aus, nämlich dem Wechselverhältnis des menschlichen Zellenstaates zu den ubiquitären Mikroorganismen unter verschiedenen äufseren Bedingungen zu deuten. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Beitrag zur Kontagiosität des Erythema nodosum, von Heim. (*Orvosi-Hetilap.* 1901. No. 47.) Das 6jährige Kind klagte über allgemeine Mattigkeit, Appetitlosigkeit, Temperatur 38,3. Nach 3 Tagen entwickelten sich auf beiden Unterschenkeln typische Knoten. Während dieser Zeit wurde das 3jährige Schwesterchen nach Hause gebracht, welches längere Zeit wegen Keuchhusten in die Provinz gereist war. 8 Tage nach der Ankunft im elterlichen Hause (die beiden Kinder schliefen zusammen) erkrankte dasselbe mit denselben Allgemeinerscheinungen und zwei Tage nachdem entwickelten sich ebenfalls typische Erythema nodosum-Knoten mit etwas Schmerzhaftigkeit in den Gelenken. Der Verlauf beider Fälle war normal, beim ersteren Kinde blieb der Prozefs lokalisiert auf die Unterschenkel, beim letzteren schritt derselbe auch auf die Oberschenkel über. Verfasser sieht in diesem Falle den Beweis der Kontagiosität des Erythema nodosum. *A. Alpár-Alexandria.*

Ein Fall von Dermatomyositis, von Th. G. Janowsky und W. K. Wyssokowicz. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 1901. Bd. 71. No. 6.) Der vorliegende Fall dieser seltenen Krankheit, von der seit Unverrichts Arbeit (1887) im ganzen etwa 50 Fälle beschrieben sind, betraf eine 23jährige, vorher gesunde Bäuerin, die mit heftigen Schmerzen und Druckempfindlichkeit der Muskeln erkrankte, zuerst an den Extremitäten, dann auf dem Rücken und an anderen Körperteilen. Die befallenen Glieder zeigten ödematöse Schwellung von eigentümlich prallem, nicht teigigem Charakter. Bewegungen wurden immer schmerzhafter, so dafs die Kranke zuletzt ganz hülflos

war. Schliefslich wurden auch die Schlingmuskeln ergriffen, und die künstliche Ernährung mufste eintreten. Nach sechsmonatlicher Dauer der Krankheit erfolgte Exitus letalis, beschleunigt durch ein perforiertes Duodenalgeschwür.

Die Hautaffektion bestand hier in einer stark ausgeprägten, eigentümlichen Röte, etwa der Farbe von geräuchertem Schinken vergleichbar, auf Wange, Stirn und oberen Lidern. In den letzten Tagen vor dem Tode erblafste die Röte und eine leicht bräunliche Pigmentation blieb zurück. Andere Autoren haben Exantheme in Form von Urticaria, Erythem, Erysipeloid, Erythema nodosum u. ähnl. beobachtet.

Max Levor-Hamburg.

Beobachtungen über die „Veld"-Wunde, von W. H. Harland. (*Brit. med. Journ.* 20. April 1901.) Diese Hautkrankheit entsteht durch irgend eine Verletzung oder Abschürfung der Haut, die mit Schmutz infiziert wird. Es bildet sich zuerst eine kleine Papel, die rasch wächst, blasig wird und einen klaren, gelblichen, serösen Inhalt hat. Die Blase bricht leicht auf, die Flüssigkeit wird entleert, und es bleibt ein Geschwür zurück, das im weiteren Verlaufe eitrig wird, oft mit einer schmutzigen Kruste bedeckt und schmerzhaft ist, während die Affektion im Beginn Jucken verursacht. Als eigentliche Ursache nimmt der Verfasser den Stich der grofsen, braunen Pferdefliegen an.

C. Berliner-Aachen.

Die „Veld"-Wunde, von S. Guise-Moores. (*Brit. med. Journ.* 4. Mai 1901.) Der Verfasser hat 18 Monate in Süd-Afrika praktiziert und weifs über die Krankheit folgendes zu berichten:

1. Sie herrscht das ganze Jahr hindurch.

2. Die Pferde- oder Ochsenfliege wirkt nur indirekt bei der Entstehung der Affektion mit, indem sie ein Irritament abgiebt.

3. Eine erodierte Fläche mufs vorhanden sein, wenn, wie es zweifellos ist, der spezifische Mikroorganismus die Krankheit hervorrufen soll. Derselbe scheint im Waschwasser und in den Waschgegenständen vorhanden zu sein, da fast immer die Hände, das Gesicht und die Füfse von der Affektion befallen werden. Die Krankheit ist autoinokusabel.

4. Gewöhnlich ist ein Bläschen mit serösem Inhalt der Anfang. Dasselbe wird rasch pustulös; es bildet sich eine Kruste und wenn dieselbe abfällt oder abgerissen wird, bleibt ein flaches, rotes Geschwür zurück, das sich peripher ausbreitet, bis die Behandlung dem Weiterschreiten Halt gebietet. Pigmentation ist oft das letzte Überbleibsel der Hautkrankheit, von der Civilpersonen, wie Soldaten, namentlich die weifsfarbigen, in gleicher Weise ergriffen werden können.

5. Bei Personen mit konstitutioneller Syphilis kann die Affektion die Charaktere der Syphilis annehmen. Kalomelpuder äufserlich und innerlich Merkur hilft in solchen Fällen am besten. In den übrigen Fällen ist die antiseptische Behandlung die zweckmäfsigste.

C. Berliner-Aachen.

„Veld"-Wunden, von A. Ogston. (*Brit. med. Journ.* 20. April 1901.) Unter „Veld"-Wunden versteht man in Süd-Afrika eine Affektion, bei welcher hauptsächlich die Epidermis blasig erhoben und halbtransparent, wie ödematös geschwollen erscheint. Derartig veränderte Hautstellen sind meistens von einem diffus erythematösen oder erysipelatösen Hofe umgeben. Befallen sind gewöhnlich Hände und Vorderarme, sowie die Beine resp. die Füfse. Im weiteren Verlaufe bildet sich mehr und mehr eine pralle Blase mit einem klarem, flüssigem Inhalte, der durch plötzliches Bersten der Blasendecke rasch entleert wird, worauf eine Geschwürsfläche zum Vorschein kommt. Behandlung mit antiseptischen Lösungen und Salben führt Heilung herbei.

C. Berliner-Aachen.

Einige ungewöhnliche Fälle von generalisiertem Favus, von Eugenio Sipari-Neapel. (Angelo Trani, Neapel 1901.) Sämtliche drei Fälle betrafen vernachlässigte Kinder von 10—14 Jahren aus der ärmsten Bevölkerung. Der Favus begann jedesmal auf dem behaarten Kopf und bevorzugte bei seiner Ausbreitung auf den übrigen Körper die Streckseiten, nach Verfassers Meinung nicht wegen der stärkeren Behaarung, sondern weil sie dem Kratzen mehr ausgesetzt sind. Der Ernährungszustand litt erheblich. Behaarte und unbehaarte Haut wiesen die gleiche Varietät des Achorion auf. Die neuerdings empfohlene Behandlung mit Aqua oxygenata bewährte sich hier nicht. Wirksam waren besonders Schwefelsalicylsalbe und Jodtinktur mit Jodkaliumzusatz (2 : 20). *M. Levor-Hamburg.*

Die Behandlung des Erysipels mit Karbolsäure, von N. S. Fraser. (*Brit. med. Journ.* 11. Mai 1901.) Ein 5jähriges Kind litt an einer Brandwunde am Ellenbogengelenk. Eines Tages zeigte sich die benachbarte Haut gerötet und geschwollen. Am anderen Tage war das Kind schwer krank, fieberte und hatte einen jagenden Puls. Eine erysipelatöse Entzündung hatte sich hinab bis zum Handgelenk und hinauf bis zum Schultergelenk entwickelt. Es wurde nun rund um den Arm an der oberen und unteren Grenze der Entzündung reine Karbolsäure gepinselt, und nachdem die Haut hier weifs geworden war, absoluter Alkohol darüber gestrichen. Nur eine kleine Stelle an der Dorsalfläche des Handgelenks hatte, weil nicht mehr genügend Karbolsäure da war, freibleiben müssen. Zwei Tage darauf war das Fieber gefallen, das Allgemeinbefinden des Kindes weit besser. Ein Fortschreiten der erysipelatösen Entzündung hatte nur an der nicht eingepinselten Stelle am Handgelenk stattgefunden. Das Versäumte wurde nachgeholt, und die Heilung erfolgte ohne Zwischenfall. Am vierten Tage nach dem Auftreten der Entzündung war jede Spur derselben wieder verschwunden. *C. Berliner-Aachen.*

Ein Fall von Erysipel, behandelt mit Antistreptokokkenserum, von J. W. Gill. (*Brit. med. Journ.* 4. Mai 1901.) Die 71jährige Patientin hatte sich von ihrem 80jährigen Gatten, der an „Blutvergiftung" starb, wie es scheint, infiziert. Sie bekam schweres Erysipel des Gesichtes und des Kopfes und befand sich 10 Tage in fieberndem, comatösem Zustande. Die Patientin bekam an sechs aufeinanderfolgenden Tagen täglich 10 ccm des Antistreptokokkenserums (Burroughs, Wellcome & Co.) in die Abdominalhaut injiziert. Das Fieber ging nach jeder Injektion mehr und mehr zurück, und das Allgemeinbefinden besserte sich zusehends. Es erfolgte vollständige Heilung. *C. Berliner-Aachen.*

Erysipelas gangraenosum und Streptokokkenserumtherapie, von Joss. (*Correspondenzbl. f. schweiz. Ärzte.* 1901. No. 19.) Bei einer 33jährigen Frau entwickelte sich nach einer Geburt, welche mit heftigem Blut- und Kräfteverlust verbunden war, ein schweres Erysipel, das rapide Fortschritte machte und zur totalen Nekrose der Haut des rechten oberen Augenlides führte und aufserdem eine subcutane Gangrän in der Schläfengegend und hinter dem Ohre und eine teilweise Einschmelzung des Orbitalfettes verursachte. Angesichts der drohenden Erscheinungen — rapider werdender Puls, Unruhe, Diarrhoen, Gangrän der Vulva durch Resorption und Verschleppung der Keime im Blute — nahm Verfasser zu den Injektionen von Tavelschem Streptokokkenserum Zuflucht und brachte den infektiösen Prozefs zum Stillstande. Es wurden im ganzen sechs Injektionen von je 10—20 ccm Serum gemacht. Es folgte eine relativ rasch eintretende Granulation und Vernarbung der gangränösen Fläche, allerdings unter Verlust des rechten Bulbus, welcher exenteriert werden mufste. *C. Müller-Genf.*

Antistreptokokkenserum bei Erysipel, von D. Mac Millam. (*Brit. med. Journ.* 9. März 1901.) In einem sehr schweren Falle von Erysipel des Gesichts und der Kopfhaut wurde der Patientin, die hohes Fieber und einen jagenden Puls zeigte, am Abend 10 ccm Antistreptokokkenserum aus dem Jenner-Institut und am Morgen eine gleiche Dosis eingespritzt. Schon nach der zweiten Injektion trat beträchtliche Besserung in der lokalen Erkrankung, wie im Allgemeinbefinden ein. Am dritten Tage wurde noch eine Einspritzung von 10 ccm gemacht. Die Besserung machte in den nächsten Tagen ohne Zwischenfälle bis zur völligen Heilung gute Fortschritte.

C. Berliner-Aachen.

Eine Noma-Epidermie; Bericht über 16 Fälle, von G. Blumer und A. MacFarlane-Albany. (*Amer. Journ. of Med. Science.* Nov. 1901.) Diese 16 Fälle entstanden im Anschluſs an eine im Waisenhaus ausgebrochene Masernepidemie von malignem Typus. Unter den 450 Kindern erkrankten 178 mit Masern, und 32 hatten dabei Komplikationen der einen oder der anderen Art, namentlich Pneumonie und Gangrän. Die Noma ergriff in vier Fällen den Mund allein: in drei Fällen Mund nebst anderen Teilen, Ohr und Vulva; in zwei Fällen bloſs die Vulva und in sieben Fällen Vulva nebst anderen Teilen. Von den tödlich verlaufenen Fällen zeigten drei Kinder die Affektion am Munde und vier am Rectum. Bei elf Kindern trat der Wasserkrebs ohne anderweite Komplikation auf; von diesen Fällen starben nur zwei, während neun wieder genasen. Andere Beobachtungen haben ein weit ungünstigeres Mortalitätsverhältnis ergeben. Die besten therapeutischen Resultate ergab die möglichst frühzeitige ausgiebige Anwendung des Paquelin in Chloroformnarkose. Bei vier nicht mit in die Liste aufgenommenen Fällen scheint dies Verfahren geradezu abortiv gewirkt zu haben. Als die ersten Symptome werden eine geringe Ulceration der Schleimhaut mit einem umgebenden intensiv harten Gebiet beschrieben. Alsdann tritt sehr rasch eine dunkle Verfärbung ein, während die Randzone bräunlichrot bleibt und sehr bald Ulceration mit intensivem Gestank sich entwickelt.

Die bakteriologische Untersuchung, die sich nur einmal auf eine Autopsie stützen konnte, ergab ausschlieſslich einen langen, leptothrixähnlichen Pilz von 5—20 μ Länge, der sich nach Gram zwar nicht entfärbte, aber nur eine schwache Färbung annahm. Bei älteren Fällen fanden sich allerdings verschiedene sonstige Mikroorganismen, aber bei frischen Fällen war dieser allein nachzuweisen. Sämtliche Kulturversuche miſslangen. An Schnittpräparaten fiel die genaue Anlagerung der Pilzfäden an die Bindegewebsfibrillen in der Cutis auf. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über die Ätiologie der Noma, von A. Trambusti. (*Il Policlinico.* 1902. Heft 1 u. 2.) Es gelang dem Verfasser, in einem Falle von Noma einen Bacillus auf Bouillon, Gelatine und Agar zu züchten, deren Kulturen für Tiere (Hunde, Kaninchen) pathogen waren und besonders bei subcutaner Injektion deren Tod herbeiführten.

Iwan Bloch-Berlin.

Zwei Fälle von Abdominaltyphus mit Noma als Komplikation, von T. Sailer. (*Amer. Journ. Med. Science.* Jan. 1902.) Ein 14jähriger Knabe, der vor Jahresfrist Dyphtherie durchgemacht hatte, erkrankte an Abdominaltyphus. Etwa am 18. Krankheitstage wurde auf der rechten Wange ein kleiner, rötlicher Fleck konstatiert, der Beginn des Wasserkrebses, nachdem ein paar Tage zuvor Schwellung am Unterkiefer und Lockerung der Zähne konstatiert worden waren. Es wurden aus dem Munde und vom Blute Kulturen angelegt; erstere ergaben (auf Agar) Streptococcus pyogenes und Staphylococcus albus, letztere dagegen auf Blutserum eine typische Kultur Klebs-Löfflerscher Bacillen nebst anderen Kokken. Antitoxineinspritzungen waren ohne Einfluſs, und Patient ging unter erheblicher Ausbreitung des Nomas schnell zu Grunde.

Der zweite Fall betraf die 8jährige Schwester des vorigen; bei ihr waren die Erscheinungen nicht so intensiv, und die Erkrankung endete mit Genesung; das Mundsekret und auch ein dabei auftretender eitriger Ausfluſs aus dem Ohr enthielten Diphtheriebacillen. Eine vorherige Erkrankung an Diphtherie war bei ihr nicht beobachtet worden.

Auch von anderen Beobachtern ist der Diphtheriebacillus bei Fällen von Noma konstatiert worden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Gangrän der Haut bei einem Fall von Abdominaltyphus, von A. S. Barrow-Cape Colony. (*Lancet.* 15. März 1902.) Die Gangrän trat auf den Nates und am Malleolos externus im Anschluſs an kurzdauernde Blasenbildung auf. Heilung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Gutartige Gangrän der Augenlider, von H. Roger und Emil Weil-Paris. (*Presse méd.* 1901. No. 76.) Die beiden Verfasser beschreiben einen neuen Fall jener seltenen gutartigen Brandformen, die bei ganz gesunden Leuten in insidiöser Weise ganz plötzlich aufzutreten pflegen. Der Kranke, ein kräftiger Arbeiter, bemerkte am linken inneren Augenwinkel eine leicht geschwollene Stelle, die bald an Rötung wie Ausdehnung zunahm. Am siebenten Tage war die Partie zwischen linkem Auge und Ohr hochrot und geschwollen. Das Gesicht ist asymmetrisch. Die Augenlider der linken Seite sind blaurot. Die Cilienränder liegen in der Tiefe unter den mächtig geschwollenen Lidern, die wulstig aufeinandergepreſst sind. Auf den erysipeloiden Lidern seit drei Tagen gangränöse Bezirke mit serpiginösen Rändern. Allgemeinzustand gut. Kein fötider Geruch. Keine Drüsenschwellungen. 39,5° Temperatur. Therapie: Kataplasmen von Wasserstoffsuperoxydlösung. Langsame Heilung ad integrum des oberen Lides; am unteren Lide bleibt infolge Narbenzerrung ein leichter Zustand von Ektropion des inneren Winkels. Sehschärfe wie vorher. *Hopf-Dresden.*

Ist Yaws Syphilis? von Arthur Powell. (*Indian med. Gazette.* Vol. XXXII, No. 10.)

Weitere Beobachtungen über Framboesia oder Yaws und dessen Folgen; die Hühneryaws, von Arthur Powell. (Ibidem. Vol. XXXIII, No. 8.) Verfasser, welcher sich schon früher eingehend mit dieser Frage beschäftigt hatte (siehe *diese Zeitschr.* Bd. 24, S. 325) kommt in diesen beiden Arbeiten vor allem zu dem Ergebnisse, daſs Syphilis und Yaws zwei von einander völlig zu trennende und verschiedene Krankheiten seien und Hutchinsons Standpunkt von der Identität der beiden Affektionen ein ganz unhaltbarer sei. Die groſse Zahl von über 200 Fällen von Yaws hatte P. lange Zeit in Beobachtung; demnach fehlen der Yaws völlig die tertiären Symptome der Syphilis, die Polymorphie der Erscheinungen, die Leistendrüsenschwellungen, Haarausfall, Iritis u. s. w. Ferner ist Yaws sehr häufig im Alter von 2—12 Jahren, ist jedoch niemals hereditärer oder kongenitaler Natur, Yaws bei den Eltern bewirkt nie Abortus. Yaws ist und bleibt eine granulom- oder papillomartige Neubildung, die niemals eine Allgemeinerkrankung oder -Infektion bewirkt, die Dauer der Krankheit ist im Mittel 26 Monate (3 Monate bis über 6 Jahre), selten tritt in weniger als einem Jahre Heilung ein. Die einzelnen auf eigener Beobachtung wie Litteraturstudium (vom Jahre 1799 an) gegründeten differential-diagnostischen Merkmale zwischen Syphilis und Yaws sind tabellarisch in 19 Punkten einander gegenübergestellt. Es sei hier nur noch erwähnt, daſs Yaws besonders häufig in Westindien, an der Goldküste, Ceylon und den Fidji-Inseln war, seit 1890 sich auch in Ostindien zeigte und allmählich an Ausdehnung gewann; P. hofft, daſs durch Isolierung der Kranken einer Weiterverbreitung dieser Tropenkrankheit vorgebeugt werden kann.

In dem zweiten Artikel beschreibt P. eine sehr seltene Folgeerkrankung der Framboesie, nämlich Knochenaffektionen. In den beiden beschriebenen, mit zwei nicht sehr deutlichen Abbildungen versehenen Fällen, wo es sich um Mutter (37 Jahre) und Kind (4 Jahre) handelte, war eine bemerkenswerte symmetrische, gleichmäfsige Schwellung der proximalen Phalangen, welche während einer Yaws-Eruption drei Jahre nach deren Beginn sich einstellte, vorhanden. Mit grofsen Quecksilberdosen trat die Heilung ein; das würde auch für den syphilitischen Charakter der Affektion sprechen, wogegen jedoch P. verschiedene Argumente aufführt. Die Frage der Hühneryaws, welche Colcott Fox für nichts anderes als Molluscum contagiosum erklärt hatte, beantwortet P. dahin, dafs zwar grofse Ähnlichkeit zwischen beiden Erkrankungen vorhanden ist, dafs aber doch gewisse makroskopische und besonders mikroskopische Unterscheidungsmerkmale bestehen. *Stern-München.*

Über Hautabscesse bei Kindern in den ersten Lebensjahren, von Brunier. (*Le Progrès méd.* 1902. No. 43.) Wie anderen ist auch dem Verfasser die Thatsache aufgefallen, dafs bei kleinen Kindern Affektionen der inneren Organe (Respirations- und Gastrointestinaltraktus) äufserst oft mit Hautläsionen verbunden sind, welche vom blofsen Erythem bis zu mehr oder weniger tiefen Abscessen die Stufenleiter der Hauteruptionen aufweisen. Was die Pathogenese dieser Hautabscesse anbelangt, von denen oberflächliche und tiefe unterschieden werden, sind besonders zwei Theorien aufgestellt worden. Nach der einen, der exogenen, werden die die Haut bewohnenden Mikroorganismen unter gewissen Umständen virulent und dringen durch Kontinuitätstrennungen in dieselbe ein. Nach dieser Auffassungsweise, welche besonders in Deutschland verbreitet ist, läfst sich zwar leicht die Entstehung der oberflächlichen Abscesse erklären, nicht aber die der tieferen. Für diese letzteren mufs die hämatogene Theorie zu Hilfe gezogen werden. Die Gegner dieser Theorie haben geltend gemacht, dafs man bei Kindern niemals Staphylokokken im Blute nachgewiesen hat. Es ist aber andererseits bekannt, dafs diese Mikroorganismen leicht wieder durch die Sekretions- und Exkretionsorgane eliminiert werden. Der hauptsächlichste Weg auf dem sie in die Zirkulation eindringen, ist die Mundhöhle. Als lokale Therapie empfiehlt Verfasser die Eröffnung der Abscesse mit dem Thermokauter, der dem Messer vorzuziehen ist. Gleichzeitig mufs aber der Allgemeinzustand der Patienten ins Auge gefafst werden. *C. Müller-Genf.*

In der Société médicale des Hôpitaux (Sitzung vom 11. Febr. 1902, nach *Journ. d. pratic.* 1902, No. 5) sprachen Widal und Le Sourd über **subcutane eitrige oder ölige, Ebertsche Bacillen enthaltende Herde, die sich im Anschlufs an medikamentöse, im Verlaufe eines Typhus vorgenommene Injektionen entwickelten.** Es handelte sich um eine Typhusrekonvalescentin, bei der sich an Stellen, an denen während der eigentlichen Krankheit subcutane Injektionen gemacht worden waren, ein Abscefs und drei subcutane ölige Infiltrate bildeten. Sowohl im Abscefseiter, wie in der Flüssigkeit der öligen Infiltrate konnten Typhusbacillen nachgewiesen werden. — Ölige Infiltrate sind bis jetzt sehr selten beobachtet worden. Die Flüssigkeit, die in dem hier beschriebenen Falle in den Infiltraten enthalten war, hatte das Aussehen, die Konsistenz und die chemischen Eigenschaften des Öls.

Götz-München.

Ein Fall von Anthrax mit Infektion aus einer bisher noch nicht beschriebenen Quelle, von T. C. Wilson-Haworth. (*Brit. med. Journ.* 21. Dez. 1901.) Die Beschäftigung des 26jährigen Patienten bestand darin, einen bestimmten Teil bei Webstühlen mit Leder zu belegen. Dieses Leder ist ungegerbt, hat aber vor dem Gebrauch etwa drei Monate lang in Kalk gelegen, um das Ablösen der Haare zu befördern. Darauf wird es von Kalk und Haaren befreit, getrocknet und vor dem

Gebrauch etwa drei Stunden lang in Wasser aufgeweicht. Die Arbeiter kauen häufig kleine Stücke solchen rohen Leders, und die Infektion trat dementsprechend zuerst an der Wange auf. Die Untersuchung auf Bacillen ergab ein positives Resultat. Es erfolgte Heilung nach geeigneter Operation. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Bericht über einen Fall von malignem Milzbrandödem, von SMITH u. MUDD. (*St. Louis Courier of Med.* Okt. 1901.) Ein 55jähriger Mann verspürte an demselben Tage, als er sich auf seinem Landgute mit Wurfspiel unterhalten hatte, wobei er statt der gewöhnlichen Geräte Hufeisen benutzte, Frösteln und allgemeines Unwohlsein. Einige Tage darauf begann das rechte Bein im unteren Drittel zu schwellen; das Ödem verbreitete sich dann weiter nach oben, es trat Gangrän unter intensiver Schwarzfärbung der erkrankten Extremitäten hinzu, das Fieber wurde immer heftiger und am neunten Tage erfolgte der Exitus. Trotz des Ödems war die Spannung der Gewebe keine starke und bei der Incision klafften die Wundränder kaum. Bei der bakteriologischen Untersuchung der Gewebsflüssigkeit ergab sich, dafs dieselbe Milzbrandbacillen enthielt. Es handelte sich demnach um eine Milzbrandinfektion, die sich der Patient, wie sich nachträglich herausstellte, dadurch zugezogen hatte, dafs er nach der Berührung der Hufeisen und ohne vorherige Reinigung der Hände, sich am Beine gekratzt hatte, wodurch wahrscheinlich die Inokulation der spezifischen Keime zu stande gekommen war. *C. Müller-Genf.*

Ein Fall von Orientbeule (Aschabadka) mit FINSENscher Phototherapie behandelt, von O. v. PETERSEN - St. Petersburg. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1902. No. 6.) Bei der Orient- oder Aleppobeule handelt es sich bekanntlich um eine lokale Hautinfektionskrankheit, hervorgerufen durch Übertragung von Mikroorganismen, die sich in den Hautfollikeln festsetzen, Entzündung und Gewebszerfall hervorrufen mit dem Ausgang in Narbenbildung. Verfasser beobachtete neuerdings einen Fall bei einer Schauspielerin, bei der das Geschwür an der Nase safs. Da die Therapie bisher gegen das Leiden noch wenig geleistet hat, machte Verfasser den Versuch einer Behandlung mit konzentrierten chemischen Lichtstrahlen. Es ging mit der Heilung zwar sehr langsam vorwärts, doch gelang es, die Narbenbildung auf ein Minimum zu beschränken, so dafs Verfasser jedenfalls für die Fälle, wo das Gesicht infiziert ist, das phototherapeutische Verfahren empfehlen zu können glaubt.

A. Loewald-Graudens.

Aktinomykose in der Parotisgegend, von R. JOHNSON. (*Brit. med. Journ.* 2. März 1901.) Der Patient war ein 31jähriger Russe, der seit vier Jahren in England wohnt und seit ca. acht Monaten die gegenwärtige Schwellung in der rechten Parotisgegend zeigt. Der Tumor ist wiederholentlich als Abscefs behandelt und incidiert worden. Die Diagnose auf Aktinomykosis wurde durch das Mikroskop sichergestellt.

C. Berliner-Aachen.

Initialsklerose am Thorax, von ROWLANDS. (*Brit. med. Journ.* 2. März 1901.) Der 28jährige Patient zeigte an der linken Thoraxseite ein im Abheilen begriffenes Geschwür, welches vor ca. fünf Wochen aufgetreten war und sich gegenwärtig, wie auch früher, nicht besonders hart anfühlte. Die linken Achsillar- und Inguinaldrüsen waren hart und geschwollen. Es folgten vor einer Woche die Sekundärerscheinungen in Form eines papulo-squamösen Ausschlages. Über den Infektionsmodus wird nichts mitgeteilt. *C. Berliner-Aachen.*

Über die primäre Hautaktinomykose des Gesichts, von L. POURPRE. (*Thèse de Lyon.* 1901.) Der Verfasser hat in der ganzen Litteratur nur zehn einwandsfreie Fälle von primärer Hautaktinomykose des Gesichts gefunden. In sieben Fällen hatte die Affektion ihren Sitz an der Wange, in einem Falle an der Wange, den Lippen

und dem Kinn, einmal an der Wange und dem Unterlid, und einmal an der Nase. Bei allen Kranken war die Infektion direkt vermittels einer Hauterosion erfolgt, und zwar in drei Fällen durch Übertragung vom Tier, in fünf Fällen durch Vermittelung von Vegetabilien; in zwei Fällen wird über die Art der Übertragung nichts berichtet. In einem Falle vergingen von der Infektion bis zum Auftreten der Erscheinungen zwei Monate, in einem Falle acht Jahre, in einem Falle zehn Jahre. Die Affektion beginnt manchmal mit einer entzündlichen Schwellung, die dann Knotenform annimmt. Adenitis kommt bei der primären Hautaktinomykose des Gesichts nicht vor. Der Verlauf ist ein ausgesprochen chronischer, die Prognose günstig: von den zehn Fällen gingen neun in Heilung aus, ein Kranker starb infolge von Lungenmetastasen. Die Behandlung besteht in lokalen, chirurgischen Eingriffen und in Verabreichung von Jodkalium in steigender Dosis (bis zu 4 g pro die). *Göts-München.*

Zwei Fälle von Botryomykose in Algier beobachtet, von J. Brault-Algier. (*Arch. de parasitol.* 1901. No. 4.) Brault berichtet über zwei Fälle von Botryomykose beim Menschen, die er mehrere Tage nacheinander im Quartier de la marine zu Algier beobachtet hat und zwar bei einer Italienerin von einigen dreifsig Jahren und einer 62jährigen Malteserin. Wie bei den meisten der beobachteten Fälle safs auch hier beide Male die Affektion am Finger. Beide Male schlofs sich die Geschwulst an eine Verletzung der Fingerspitze an, wodurch der Schmarotzer inokuliert worden sein mufs. *Hopf-Dresden.*

Eine in Obersteiermark beobachtete autochthone Elephantiasis, von Heinrich Favarger. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1901. No. 52.) Unter Wiedergabe photographischer Aufnahmen wird ein Fall hochgradigster Elephantiasis der Beine und Genitalien geschildert. Das Leiden begann mit chronischem Ödem, gleichzeitig mit einer deutlichen Herzschwäche einhergehend; letztere hat sich erheblich gebessert, während die elephantiastische Vergrößerung riesige Dimensionen annahm. Erysipelanfälle sollen vorhanden gewesen sein. Jedenfalls haben verschiedene Momente bei diesem sporadischen Fall von so schwerer Elephantiasis mitgewirkt.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur Elephantiasis scroti, von Raphael Blanchard. (*Arch. de parasitol.* 1901. No. 4.) Kasuistik mehrerer Fälle von Hodenelephantiasis mit sehr guten Abbildungen einiger excessiver Geschwülste dieser Art. So giebt Verfasser auch diejenige einer Elephantiasis scroti, welche 1714 von Dionis in seinem Cours d'opérations de chirurgie, démontrées au Jardin royal anführt. Der Tumor mafs in der Länge einen Fufs, drei Daumen und sechs Linien, der Breite nach einen Fufs und drei Daumen, sowie einen Umfang von drei Fufs sechs Daumen und sieben Linien. Der Kranke, ein Eingeborener aus Indien, bemerkte zuerst mit seinem zehnten Jahre sein Leiden. Fall 2 betraf einen Senegalneger, dessen exstirpierte Hodengeschwulst 84 Pfund an Gewicht betrug. Der Kranke erlag nach der Operation einer progressiven Anämie. In China und Japan sollen die Fälle von Elephantiasis scroti häufig sein. Eine Abbildung aus einem Werke von Hokussai, die Blanchards Abhandlung beigegeben ist, zeigt zwei Japaner, welche an einer über ihre Schultern gelegten Stange einen grofsen Beutel tragen, in welchem das enorm vergrößerte Scrotum des Hintermannes deponiert ist. Ferner bietet Verfasser eine Abbildung aus des grofsen Rabelais Buch „Songes drôlatiques de Pantagruel", wo ein Mann seinen enorm vergrößerten Hodensack und Penis auf einem kleinen Wägelchen vor sich her schiebt. Eine ähnliche Karrikatur bringt auch eine 1635 in Paris herausgegebene Schrift, die den General Galus zeigt, wie er sein Abdomen auf einem Wagen vor sich her schiebt. *Hopf-Dresden.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 35. No. 2. 15. Juli 1902.

Zur Pathologie des elastischen Gewebes.[1]

Von

Dr. Ernst Delbanco-Hamburg.

(Mit einer Tafel.)

Die pathologisch-anatomischen Beobachtungen mehren sich, welche beweisen, in welch' immer gröfser werdendem Umfange für das Auftreten der Riesenzellen Fremdkörper verantwortlich zu machen sind. In einer nun schon etwas zurückliegenden Untersuchung von Krückmann (1) aus dem Jahre 1895 ist das bis dahin vorliegende Material übersichtlich geordnet und durch eine Fülle neuer einschlägiger Befunde aufserordentlich erweitert worden. Die von Krückmann aufgestellten Schlufssätze:

1. Als Fremdkörper können nicht nur von aufsen kommende, sondern auch aus den Gewebsbestandteilen des Körpers hervorgegangene Substanzen wirken;
2. das Auftreten von Riesenzellen und Fremdkörpertuberkeln ist ein verhältnismäfsig häufiges Ereignis, das zu diagnostischen Irrtümern (Verwechslung mit echter Tuberkulose) Anlafs geben kann. In allen Fällen zweifelhafter Tuberkulose mufs daher zunächst durch genaueste Untersuchung das Vorhandensein von Fremdkörpertuberkulose ausgeschlossen werden;
3. die Riesenzellen besitzen gewisse auflösende und verdauende Fähigkeiten;
4. sie entstehen sowohl aus einer wie aus mehreren Zellen;
5. eine Entstehung aus Bindegewebs-, Epithel- und Endothelzellen ist mit Sicherheit zu konstatieren; dagegen ist eine Entstehung aus Leukocyten und Wanderzellen nicht näher nachgewiesen;
6. die Riesenzellen besitzen aller Wahrscheinlichkeit phagocytäre Eigenschaften;

[1] Vortrag gehalten in der biolog. Sektion des Hamburg. ärztl. Vereins. Sitzung vom 5. April 1902.

7. das Auftreten von Riesenzellen in manchen Geschwulstarten (z. B. Sarkomen) kann zuweilen auch auf Fremdkörperwirkung zurückgeführt werden,

werden heute wohl ohne wesentliche Einschränkung, abgesehen von der Stellung, welche der einzelne zu der Herkunft der Riesenzellen einnimmt, unterschrieben werden.[2]

Über die innere Ursache der Fremdkörper-Riesenzellenbildung hat die Auffassung die meisten Anhänger gefunden, nach welcher die schwere Resorbierbarkeit der Fremdkörper das Maſsgebende ist. KRÜCKMANNS Beobachtungen stehen mit dieser Annahme in Einklang:

„Ob elastische Fasern oder Katgutfäden, ob Blutpigment oder Cholestearinkrystalle, ob Kalkkonkremente oder Corpora amylacea, ob verhornte Epithelien oder amyloide Schollen; immer handelte es sich in der That um Stoffe von zum Teil äuſserst zäher und schwer angreifbarer Beschaffenheit, die nur mit groſser Mühe aus den Geweben herausgeschafft werden können."

Die Zahl der seit 1895 veröffentlichten und dieses Gebiet beleuchtenden Beobachtungen ist Legion.

Wenn es gestattet ist, auf eine eigene Erfahrung zurückzugreifen, so darf ich Sie daran erinnern, daſs Herr FRANKE und ich (2) Ihnen aus der Anatomie der Augenlepra Präparate demonstrierten, aus welchen hervorging, daſs in dem an Riesenzellen im allgemeinen armen leprösen Granulationsgewebe Riesenzellen massenhaft auftraten da, wo die lepröse Wucherung zwischen Linsenkapsel und Linse sich vorschob. Zur Vernichtung der starren Linsenfasern erschienen Riesenzellen, welche mit ihren Leibern die freien Enden der Linsenfasern umflossen. Freie Teilstücke von Linsenfasern waren mit Leichtigkeit in anderen Riesenzellen nachzuweisen. Auch diese Beobachtung erläuterte, wie Gewebsbestandteile, sobald sie ihrer physiologischen Bedeutung beraubt und für den Organismus nutzlos geworden sind, als Fremdkörper wirken. Heute liegt es mir nun ob, Ihnen Präparate zu demonstrieren, welche beweisen sollen, in welchem Umfang und in welcher Weise elastische Fasern zur Riesenzellbildung Anlaſs geben, und welchen Veränderungen die elastische Faser bei diesen Angriffen unterliegt. Aus dem Gesagten geht wohl schon hervor, daſs solches nur bei Prozessen zur Beobachtung kommt, welche mit einer schweren Störung des elastischen Gewebes einhergehen, bei welchen die elastischen Fasern, soweit sie zu Riesenzellen Anlaſs geben, aus ihrem physiologischen Zusammenhang herausgelöst sind und nur noch

---

[2] Bei dieser Gelegenheit darf ich auf meine Ausführungen über das Riesenzellensarkom verweisen in meiner Arbeit: „Ein im Subcutangewebe gelagertes Riesenzellensarkom (Myélome des parties molles, Tumeur à myéloplaxes) an der Dorsalseite des Daumens". *Diese Zeitschr.* Bd. 31.

die letzten Reste des ursprünglichen elastischen Gewebes darstellen. Von besonderem Interesse ist, dafs die Riesenzellbildung um elastische Fasern vorwiegend an lupösem Gewebe studiert worden ist. Die Riesenzelle hat ja für die Diagnose des tuberkulösen Granulationsgewebes noch immer eine gewisse Bedeutung, ja von mafsgebender Seite ist erst kürzlich wieder diese Bedeutung in den Vordergrund geschoben worden, nachdem die Riesenzelle von dem LANGHANSschen Typus bei allen möglichen anderen chronischen Prozessen studiert und beschrieben worden ist, und es den Anschein gewonnen hatte, als ob sie ihrer charakteristischen Bedeutung für die Tuberkulose immer mehr verlustig gehen sollte.

Über das Vorkommen von elastischen Fasern in Riesenzellen liegen nur wenige Mitteilungen vor, dafür aber zwei gute und sehr erschöpfende: eine von SSUDAKEWITSCH-Kiew (3) aus dem Jahre 1889, eine zweite von RÓNA-Bern (4) aus dem Jahre 1900.

Den direkten Anlafs zu meiner heutigen Mitteilung giebt eine Arbeit des italienischen Dermatologen PELAGATTI (5). Die „über das Verhalten der im Lupusgewebe eingeschlossenen Gebilde" betitelte Arbeit kommt zu dem überraschenden Ergebnis, dafs die Beobachtungen von RÓNA und SSUDAKEWITSCH falsch sind, dafs die von ihnen in Riesenzellen beobachteten und für elastische Fasern gehaltenen Gebilde Elemente eines Pilzes sind. PELAGATTI schliefst seine Arbeit:

„Ferner glaube ich, dafs dieser Pilz wahrscheinlich von dem ulcerierten Teile aus in das erkrankte Gewebe dringt. Seine Elemente werden von den Riesenzellen aufgenommen, während diese in ihrer Bildung begriffen sind, ohne dafs letztere auf die ersteren eine wirkliche phagocytäre Wirkung auszuüben brauchen. Ich bin auch überzeugt, dafs er keine pathogene Wirkung, noch irgend welchen Einfluſs auf den Verlauf des Prozesses ausübt, höchstens könnte man ihm die reizende Wirkung eines Fremdkörpers zuschreiben."

Es scheint ganz unverständlich, sobald man sich an den Text und die Abbildungen der beiden Autoren hält, dafs PELAGATTI an der Richtigkeit der Beobachtungen von RÓNA und SSUDAKEWITSCH zweifeln konnte.

Bei der Untersuchung eines Knotens der sogenannten SARTschen Krankheit (Pascha-churda), welche identisch sein dürfte mit der Aleppobeule, der Beule von Biskra, dem Geschwür von Delhi, ihrerseits wieder verschiedene Bezeichnungen für eine und dieselbe, in tropischen Ländern zur Beobachtung kommende endemische Beulenart, bemerkte SSUDAKEWITSCH im Innern von Riesenzellen verschieden lange und dicke, ziemlich tief ins Violette bei Hämatoxylin-Tinktion gefärbte Fasern. Seine Kenntnis der Veränderungen der elastischen Fasern unter dem Einfluſs von Säuren, Alkalien und des Fäulnisprozesses legten dem Autor sofort den Gedanken

nahe, dafs er elastische Fasern im Innern von Riesenzellen vor sich hätte. Aufserdem vermochte er sehr deutlich den Verlauf der Fasern auf eine lange Strecke bis zu ihrem Eindringen in die Riesenzelle und dann auch in der letzteren selbst zu verfolgen. Aufserhalb der Zelle färbte sich die Faser, wie gewöhnlich, nur schwach mit Hämatoxylin. Im Verlauf einer elastischen Faser konnte S. bisweilen eine ganze Reihe von Riesenzellen auffinden, während in anderen Fällen innerhalb einer einzigen Riesenzelle mehrere Fasern in verschiedenen Ebenen und Richtungen lagen.

Ich halte mich noch weiter an die Worte des Autors.

„In einigen Zellen umgab das Protoplasma unmittelbar die in ihm eingeschlossene Faser; in anderen befand sich dagegen die letztere in einer cylindrischen Höhle, welche die Form und den Verlauf der Faser wiedergab.

„Im Innern der Riesenzelle waren die Konturen der Fasern nicht scharf und regelmäfsig, wie im normalen Zustande, sondern verschieden blafs, uneben, wie zernagt (Fig. 4a). Einige der in den Riesenzellen befindlichen Fasern erschienen wie solche, welche unter dem Einfluſs der Fäulnis, der künstlichen Verdauung oder starker chemischer Reagentien gestanden haben. Die Faser erschien dabei wie zerteilt in einzelne, ziemlich regelmäfsige Scheiben."

Ein neues, sehr beweisendes Material fand der Autor in dem Lupus, bei dem er — die Taenzer-Unnasche Orceïntinktion und die Weigert-Färbung existierten noch nicht — die Herxheimersche Färbung als differentielle Methode für den Nachweis elastischer Fasern heranzog.

Die Angaben über das Verhalten des elastischen Gewebes beim Lupus übergehe ich. Für die Riesenzellen stellte der Autor fest, dafs die erst vor kurzem aufgenommene Faser noch dieselbe Färbung wie die freigebliebenen Fasern zeigte: ihre schwarzblaue Farbe kontrastierte recht scharf gegen den hellbraunen Körper der Riesenzellen. Der Einfluſs der Riesenzelle hingegen offenbarte sich darin, dafs die aufgenommene Faser nicht mehr schwarzblau, sondern braun gefärbt, und zwar etwas dunkler als der Hauptton des Präparates erschien. Mehrmals sah S. Fasern, deren Axenteil noch die schwarzblaue Farbe behielt, während die peripherische Schicht fast gänzlich farblos erschien. „Fast gleichzeitig mit der Farbenänderung quollen die Fasern etwas, ohne ihren regelmäfsigen Kontur jedoch zu verändern. Das Protoplasma der Riesenzellen, welches die Fasern anfangs unmittelbar berührte, wurde nun durch einen allmählich gröfser werdenden Zwischenraum getrennt, was zur Vacuolenbildung führte."

„Unter der Einwirkung der Riesenzellen unterliegen die elastischen Fasern weiteren Veränderungen. Die Fasern verlieren die Fähigkeit, Farben aufzunehmen, so dafs sie nur noch aus ihren scharfen Konturen erkannt werden können. Dann verschwinden auch die Konturen, die

Fasern schrumpfen zusammen und es lösen sich von ihnen die früher mehr oder weniger aneinander gelegenen Schichten ab. Wenn man solche umgestaltete Fasern auf Querschnitten der Riesenzellen traf, so erschienen sie nunmehr nicht in Scheibenform, sondern eher in Gestalt eines unregelmäfsigen farblosen Körpers, welcher von konzentrischen, ziemlich scharf begrenzten Schichten umgeben war (in der Zahl von 3—6) (Fig. 10). Die Vacuolen, welche derartige Fasern einschlossen, waren merklich vergröfsert, wobei das Protoplasma der Riesenzellen verdrängt wurde und als ein mehr oder weniger schmaler Raum mit eingeschlossenen Kernen erschien."

„In einem weiteren Stadium schwindet die konzentrische Schichtung der in umfangreichen Vacuolen lagernden schwer geschädigten Fasern. In einem letzten Stadium sind nur noch leere Vacuolen in den Riesenzellen vorhanden." S. fafst seine Ergebnisse so zusammen:

Das Vorhandensein der elastischen Fasern im Innern von Riesenzellen, das Aufheben des Zusammenhanges solcher Fasern mit denjenigen, welche frei im Gewebe liegen, dann die allmählichen Veränderungen der Fasern, verbunden mit Vacuolenbildung, welche zum schliefslichen Verschwinden der Fasern führen — alles das überzeugt uns unwiderruflich, dafs im betreffenden Falle wir eine phagocytäre Thätigkeit der Riesenzellen vor uns haben, welche auf die Zerstörung der elastischen Fasern der Haut gerichtet ist.

Sudakewitsch hält noch eine Musterung über Angaben in der Litteratur ab, welche sich auf das vorliegende Thema beziehen.

Virchow (6), Mohs (7), Schüppel (8), Lang (9) werden genannt. Schüppel hat in seinen berühmten Untersuchungen über Lymphdrüsen-Tuberkulose geschichtete organische Bildungen im Innern der Tuberkel-Riesenzellen beschrieben, Lang hat zweifelsohne die ersten beweisenden Befunde erhoben. Aufserdem hat Krauss (9a) die gleichen Bilder, allerdings mit anderer Deutung, beschrieben.

Chronologisch kommen wir jetzt zu der Histopathologie von Unna. Dem Meister sind die Bilder nicht entgangen.

Unna (10) vermag aber die phagocytäre Kraft der Riesenzellen gegenüber den elastischen Fasern nicht anzuerkennen.

„Wenn ich soweit mit den Autoren gehe, welche die Riesenzellen für lebendig halten, so möchte ich dem homogenisierten Abschnitt doch keine resorbierende oder secernierende, assimilierende oder verdauende Kraft zuschreiben. Die bewegungslosen Tuberkelbacillen sind in den Riesenzellen vermöge ihrer häufig multicellulären Entstehung von vornherein eingeschlossen oder später, wie die ebenso unbeweglichen elastischen Fasern, umwachsen. Die Anzeichen von Verfall und Unfärbbarkeit, die die letzteren daselbst aufweisen, wo sie in den Riesenzellen stecken oder

durch sie hindurchgehen, sind keine Beweise für eine phagocytäre Kraft der Riesenzellen, sondern sind Folgen derselben Giftwirkung, die den betreffenden Teil der Zelle lahm gelegt hat. Ja, wenn man weifs, wie gerade die elastischen Fasern so ungemein leicht bei jeder Entzündung resorbiert werden, mufs man sich im Gegenteil über ihr langes Verharren innerhalb der Riesenzellen wundern, da sie in der Nachbarschaft der lebenskräftigen Plasmazellen ja doch vollständig verschwinden, und wird ihren Verbleib geradezu auf die partielle Lähmung der Riesenzelle zu schieben haben."

UNNA hat seine sehr interessanten und wie stets gewichtigen Anschauungen in der uns beschäftigenden Frage im dem grofsen Lupuskapitel seiner Histopathologie niedergelegt. Wenn ich auch die Herkunft der Riesenzellen heute nicht diskutieren möchte, so möchte ich doch aus später ersichtlichen Gründen einige die Entstehung der Lupus-Riesenzellen betreffende Sätze UNNAS noch anführen:

„Wer sich davon überzeugen will, dafs die Riesenzellen auf mechanisch verschiedenen Wegen, aber stets aus demselben Material der homogenisierten und geschwellten Plasmazellen und durch dieselben Prozesse der unterschiedslosen Verschmelzung homogenisierter Zellsubstanz und ihrer Umwachsung durch kernhaltige, nicht degenerierte Zellsubstanzen zu stande kommen, der möge die Schicksale der elastischen Fasern in nodulären Lupusherden verfolgen. Besonders verzweigte Reste der elastischen Substanz drücken den Riesenzellen, welche sie zu umwachsen streben, oft die sonderbarsten Formen auf und man gewahrt hier auf den ersten Blick, dafs die Auffassung aller Riesenzellen als einheitliche, in sich gleichartiger und einzelnen Zellen entsprechender Gebilde unhaltbar ist."

„Häufig reiten die Riesenzellen nur auf einer elastischen Faser, und dabei können sich mehrere von verschiedenen Seiten begegnen, die mit ihren Kernpolen getrennt, mit den homogenen Polen verschmolzen sind. Zu demselben Resultat führt eine exquisit starke Kernfärbung, in dem sie in den sehr grofsen Riesenzellen noch häufig innerhalb der homogenisierten Zone ganze, weniger homogenisierte Plasmazellen mit Kernen nachweist."

UNNAS Anschauung über die Entstehung der Lupus-Riesenzelle, über ihre Zusammensetzung aus zwei Abschnitten, einem degenerierenden und einem proliferierenden, entspricht die Angabe, dafs die elastischen Fasern im degenerierenden Abschnitt liegen, der auch in seinem Innern Tuberkelbacillen und zufällig resistent gebliebene ganze Zellen einschliefsen kann. Wer UNNAS Arbeiten über die Histologie des Lupusgewebes kennt, wird ohne weiteres begreifen, das UNNA eine direkte Fremdkörperwirkung der elastischen Faser im Sinne von SSUDAKEWITSCH nicht annehmen konnte.

Und jetzt zu den Arbeiten von LEWINBERG (11) und RÓNA; beide Arbeiten entstammen der Klinik von JADASSOHN.

Ersterer hat in seiner Dissertation: „Beiträge zur Kenntnis des elastischen Gewebes" sich auch mit dem Verhalten des elastischen Gewebes beim Lupus und mit den Einschlüssen von elastischen Fasern in Riesenzellen befafst.

In Präparaten, welche zu 6 Fällen gehören, hat LEWINBERG 559 Riesenzelen gezählt, von welchen etwa 21% 116 elastische Fasern enthielten. Im grofsen und ganzen bestätigt L. die Angaben von SSUDAKEWITSCH. Meistens sah L. die Fasern in den grofsen Riesenzellen, aber in den kleineren Gebilden mit nur 3—5 Kernen waren sie auch zu finden. Die Orcinfärbung färbte aber auch noch die in Degeneration begriffenen Fasern. L. beschreibt ebenfalls eine konzentrische Schichtung, welche an einen Zwiebelquerschnitt erinnerte. Die Fasern lagen ganz verschieden, central oder peripher zwischen den Kernen der Zellen.

LEWINBERG schliefst, dafs die elastischen Fasern in den Riesenzellen recht lange relativ unversehrt und gut tingierbar sich erhalten können: „dafs sie schliefslich auch in ihnen zu Grunde gehen, ist unzweifelhaft, und einzelne Befunde von Vacuolen, in denen noch etwas von der oben beschriebenen konzentrischen Schichtung zu konstatieren war, sind als Beweis für diese Möglichkeit anzusehen."

Die Vacuole um die noch unversehrt erscheinende Faser ist nach dem Autor nichts als eine einfache Retraktionserscheinung. Ist der periphere Saum derselben dunkelrotbraun gefärbt oder finden sich innerhalb der Vacuole noch feinste Streifen elastischer Substanz, so ist das nach L. ein Beweis für die beginnende Degeneration der Faser, von welcher sich bei der Retraktion schon einzelne Partien loslösen. Aufquellung und Zerfall in Bruchstücke sind selbstverständlich Degenerationserscheinungen.

Das lange Erhaltenbleiben der elastischen Faser in den Riesenzellen möchte L. dafür verwerten, dafs die verdauende Kraft der Riesenzelle in dem centralen Teil wenigstens nur eine geringe ist. Das elastische Gewebe fällt erst mit der Riesenzelle dem Untergang anheim. In dem Schlufssatz seiner Arbeit weist L. darauf hin, dafs losgelöste elastische Elemente zur Bildung von Riesenzellen im Sinne der Fremdkörper-Riesenzellen den Anlafs geben können. Für die Entstehung der Riesenzellen aus mehreren Zellen sprechen die Bilder durchaus nicht. Denn eine Bewegungsfähigkeit des Riesenzellen-Protoplasma, wie auch UNNA sie will, vorausgesetzt, so ist doch sehr wohl möglich, dafs auch eine aus einer einzigen Zelle entstandene Riesenzelle elastische Elemente in sich aufnimmt.

In seiner kurzen, aber äufserst inhaltsreichen Arbeit stellt RÓNA sich der Auffassung der die elastischen Fasern beherbergenden Zellen als

Fremdkörperriesenzellen sehr skeptisch gegenüber. In ihren Formen wie in ihren Lagerungsverhältnissen stimmen diese Riesenzellen vollständig mit den anderen Tuberkelriesenzellen überein. RÓNA schliefst sich UNNA an in seiner Auffassung, dafs die Riesenzellen hier keine phagocytäre Kraft entwickeln, dafs gerade das lange Erhaltenbleiben der elastischen Fasern in den Riesenzellen das Auffällige bleibt, so dafs es berechtigt erscheint, geradezu von einer konservierenden Bedeutung der Riesenzellen gegenüber den elastischen Fasern zu sprechen. Der schnellen Zerstörung des Elastins in dem lupösen Gewebe steht das in den Riesenzellen erhalten bleibende Elastin gegenüber, so dafs RÓNA auf eine Verlangsamung des Stoffwechsels in den Riesenzellen hinweist. „Vielleicht ist auf diese Weise zu erklären, dafs wir gerade in den Riesenzellen die Kalk- und Eisenimprägnation der elastischen Fasern finden."

Kalkablagerung und Eisenimprägnation hat RÓNA vor allem an den in den Riesenzellen eingeschlossenen Fasern gefunden.

Die Kalkablagerung, welche die starke Färbbarkeit durch Hämatoxylin erklärt, wurde durch die Lösbarkeit in Salzsäure nachgewiesen. RÓNA ventiliert die Frage, ob die Fasern total verkalken oder nur von Kalk umlagert werden, wobei dann die eingeschlossene Faser degeneriert. Andererseits braucht nur ein Teil des Kalkes mit der Faser in Verbindung zu stehen. Die nachträgliche Orcëintinktion stellt eine solche Verbindung sicher. RÓNA glaubt nicht fehl zu gehen, wenn er einen Teil der von LANG beobachteten geschichteten Einschlüsse als verkalkte, degenerierte Fasern auffafst. Die Verkalkung als solche rechtfertigt noch nicht die Bezeichnung der Fremdkörperriesenzellen.

Die Berlinerblau-Reaktion stellt die Eisenimprägnation sicher. Eine voraufgehende Orcëintinktion mit nachfolgender PERLS-NEUMANNscher Eisenfärbung zeigt die orcëingefärbte Faser von einem blauen Hof umgeben. Schliefslich schwindet bei längerem Verweilen der Faser in der Zelle die Orcëinfärbung ganz. RÓNAS Diskussion über die Bedeutung der Eisenimprägnation der elastischen Faser referiere ich nicht; die Eisenimprägnation ist für die Tuberkulose bezw. für die tuberkulöse Riesenzelle nicht spezifisch. Auch bei einem Falle von Lepra anaesthetica mit vielen Riesenzellen hat RÓNA sie gefunden. Aufserhalb der Riesenzellen fand RÓNA sie nur selten.[8]

Verkalkung und Eisenimprägnation sind aber für RÓNA der unzweideutige Beweis einer Degeneration der elastischen Fasern, welche selbst mit dem Aufenthalt in den Riesenzellen in kausalem Zusammenhang steht. —

---

[8] Bezüglich der biologischen Bedeutung des Hämosiderinnachweises verweise ich auf die jüngst veröffentlichte Studie von GIERKE aus dem Heidelberger pathologischen Institut (*Virchows Archiv.* Bd. 167, Heft 2) „Über den Eisengehalt verkalkter Gewebe unter normalen und pathologischen Bedingungen."

Welche Einwände erhebt jetzt PELAGATTI gegen die Beobachtungen so sicherer Autoren, wie gelangt PELAGATTI zu dem sonderbaren Ergebnis, daſs ein bestimmter Pilz es ist, welcher beim Lupus, und nach den Mitteilungen von RÓNA und SSUDAKEWITSCH, welche ich nach dieser Richtung noch ergänzen kann,[4] auch bei der Lepra, der SARTschen Krankheit u. a. von Riesenzellen aufgenommen wird?

Mit der Beschreibung, welche PELAGATTI von den Gebilden entwirft, kann man sich sehr wohl zufrieden geben. Dankenswert ist die Angabe, daſs in einem Handbuch der pathologischen Anatomie der Haut von COLOMIATTI, welches von MARTINOTTI nach dem Tode des Autors herausgegeben worden ist, eine Abbildung der Einschlüsse sich findet. PELAGATTI hat die Gebilde nur beim Lupus studiert. Umfängliche Reaktionen hat er angestellt, um zu beweisen, daſs die Kalksalze an der Zusammensetzung der Gebilde sich nicht beteiligen können. Dasselbe gilt von den Natron-, Magnesium- und Kaliumsalzen. Eine Identität mit den HASSALschen Körpern ist ausgeschlossen. Um Stärkekörner kann es sich nicht handeln. Eiweiſsartige Substanzen kommen nicht in Frage. Es blieben demnach nur elastische Fasern, bezw. Degenerationsformen solcher übrig. PELAGATTI behauptet nun, daſs diese Auffassung eine irrige sei und zwar aus folgenden Gründen. Die Einschlüsse sind viel widerstandsfähiger Mineralsäuren gegenüber als die elastischen Fasern, welche das Elastin auflösen, wenn sie längere Zeit bei höherer Temperatur auf dasselbe einwirken.

„Bedeutet dies vielleicht, daſs die fraglichen Gebilde entartete elastische Fasern sind? Oder beruht diese Resistenz gegenüber den Mineralsäuren vielleicht nach der Ansicht von METSCHNIKOFF darauf, daſs die Fragmente der elastischen Fasern unter der konservierenden Wirkung der Riesenzellen in eine resistente, solide Masse verwandelt werden, welche die Säuren nicht anzugreifen vermögen — wie dies bei der Eincystierung der Infusorien geschieht? Diese zweite Hypothese würde sich mit der Thatsache in Einklang bringen lassen, daſs die elastischen Fasern, während sie in der Umgebung der Riesenzellen zerstört werden, innerhalb derselben erhalten bleiben. Es läſst sich aber nach meiner Ansicht kaum annehmen, daſs ein Teil der elastischen Fasern innerhalb und ein anderer auſserhalb der Riesenzelle Platz nehmen sollte, wobei dieser letztere intakt und unverändert bleiben würde, wie dies SSUDAKEWITSCH und RÓNA gesehen haben wollen.“

PELAGATTI kann doch unmöglich zweifeln an der Thatsache, daſs die elastische Faser von den Autoren bis in die Riesenzelle verfolgt worden ist, in derselben noch kenntlich an ihrer spezifischen Färbung. Und daſs

[4] Herr Privatdozent BURI in Basel und ich haben anläſslich noch nicht abgeschlossener Untersuchungen über die Histologie der syphilitischen Papel der Haut auch hier elastische Fasern in Riesenzellen gefunden.

die Faser gradweise, wenn auch nur sehr langsam, ganz bestimmten Veränderungen unterliegt, daran ist doch auch nicht zu rütteln. Die in die Riesenzelle eintauchende, in ihr intakt bleibende oder nur ganz leichter, in der Bildung eines hellen Hofes bestehender Veränderung unterworfene Faser, wie will PELAGATTI solche von verschiedenen Beobachtern gesehenen, jeden Augenblick leicht zu bestätigenden Bilder aus der Welt schaffen?

Die Gründe von PELAGATTI, welche er noch weiter anführt, sind darum wenig stichhaltig. Die degenerierte elastische Faser, bei der (wegen der Affinität der Einschlüsse zum Methylenblau) an Elacin zu denken wäre, sei auszuschliefsen, weil nicht einzusehen sei, dafs entartetes Elastin Mineralsäuren gegenüber widerstandsfähiger sich verhalte als unversehrtes Elastin. Solches müfste vom Elastin erst bewiesen werden. Dafs sich elastische Fasern nicht innerhalb von Zellen befinden können, will PELAGATTI durchaus nicht in Abrede stellen. Die Morphologie der beobachteten Figuren mache die Annahme, dafs entartete elastische Fasern vorliegen, wenig wahrscheinlich. Eine schichtweise Ablagerung von Kalk erkläre die sonderbaren Formen nicht, da die Präparate keine Kalksalze nachweisen liefsen. Die Natur der Gebilde müsse also eine andere sein.

PELAGATTI sieht in den Gebilden pflanzliche Zellen, bei welchen eine doppeltkonturierte Kapsel eine centrale, zuweilen homogene, meistens gekörnte Protoplasmamasse umgiebt. „Keine der beschriebenen Formen widerspricht, wie mir scheint, dieser meiner Auffassungsweise, indem die länglichen, durch Septa in ebenso viele Segmente getrennten, aus einer dreifachen Kapsel und einem centralen, mehr oder weniger gekörnten Teile bestehenden Formen alle charakteristischen Merkmale von sporogenen Hyphen eines Pilzes aufweisen."

Alle Phasen der Knospung, vom initialen Höcker bis zur Einschnürung, welche die Tochter- von der Mutterzelle trennt, verfolgt PELAGATTI an den Einschlüssen.

Wenn ich PELAGATTI richtig verstanden habe, so sieht er in den zwiebelartigen Gebilden mit den zahlreichen koncentrischen Schichten in Degeneration begriffene Zelleneinschlüsse. Die Degeneration verfolgt PELAGATTI in den verschiedenen Phasen. „Zunächst hätte man die Segmentation der drei die Kapsel bildenden Zonen in verschiedene Ringe; sodann erstreckt sich die Teilung auch auf die centrale Zone. Weiterhin kommt es zu einer Spaltung der zahlreichen Ringe und infolgedessen erscheint das Gebilde von Rissen durchzogen, welche vom Centrum nach der Peripherie ausstrahlen. Jetzt zerfallen die einzelnen Fragmente und bilden Haufen amorpher Substanz." (Fig. 7 u. 8.)

Das Vorhandensein von Eisen in den Zelleinschlüssen ist dem Autor noch eine Stütze für seine Ansicht, umsomehr, wo er das Eisen nicht nur den Körperchen aufgelagert, sondern auch im Innern derselben gefunden

hat. PELAGATTI erinnert an Eisen absorbierende Mikrophyten und schliefst seine Arbeit mit den eingangs zitierten Sätzen.

PELAGATTIS Ergebnisse würde ich nicht so genau referiert haben, wenn er nicht ein geschätzter Autor wäre, dessen Arbeiten ich stets mit grofsem Interesse studiert habe. Gegen seine Beweisführungen und sonderbaren Schlüsse mögen heute auch meine Präparate entscheiden, in deren Besprechung ich jetzt eintreten darf. Die Präparate werden hoffentlich auch in Ihnen keinen Zweifel darüber lassen, dafs es elastische Fasern sind, welche von Riesenzellen aufgenommen und zu den eigenartigen Einschlüssen umgeformt werden.

Für die Färbung der elastischen Fasern habe ich das saure Orcëin herangezogen. Als Gegenfärbung dienten Hämatoxylin und das polychrome Methylenblau mit nachfolgender Glycerinätherbehandlung. Die so hergestellten Kontrastfärbungen geben sehr prägnante Bilder. Die WEIGERTfärbung hat mir für die Darstellung der Fasern in den Zellen ebenfalls sehr überzeugende Bilder geliefert.

Die ersten Präparate[5] entstammen zwei Lupusfällen, der eine repräsentiert, wenn ich mich der UNNAschen Unterscheidung bediene, die Knötchenform, den Lupus nodularis: überall deutlich abgesetzte Knötchen. Der andere Fall zeigt eine diffuse, über die erkrankte Hautpartie mehr gleichmäfsig sich verteilende chronische Infiltration: der sogenannte Lupus diffusus. Die elastischen Fasern — das zeigen ihnen die Übersichtspräparate — gehen in grofsem Umfang zu Grunde. Wie schnell sie untergehen, ist ohne weiteres nicht zu entscheiden, da es sich um eine sehr schleichende und chronisch verlaufende Affektion handelt.

Bei der Knötchenform ist das elastische Gewebe so gut wie ganz im Bereich der Knötchen verschwunden, wie ausrasiert erscheint es bei der schwachen Vergröfserung. Bei stärkerer Vergröfserung gelingt es, Reste von Elastin, allerdings sehr winziger Natur, in den Knötchen zu entdecken. An diese Reste legen sich zwei- und mehrkernige Zellen, welche das einzelne Faserstückchen auch direkt umfliefsen. Die Kerne dieser mehrkernigen Zellen sind dabei wandständig geordnet oder nach einem Pol hingedrängt. Solche — kleinen — Riesenzellen von dem Bau der LANGHANSschen Zellen mit elastischen Fasern im Protoplasmaleib inmitten eines Tuberkels sind für mich im Lupusgewebe nichts seltenes.

Fig. 4 zeigt Ihnen sehr anschaulich, wie eine Riesenzelle die Fremdkörper umfliefst: es handelt sich um zwei durch einen Spalt von einander getrennte kleine Elastinhäufchen. Das höher gelegene besteht vielleicht nur aus einer einzigen Faser, um welche der „geschichtete Körper" sich

---

[5] Auf der vorliegender Abhandlung beigegebenen Tafel nicht wiedergegeben.

gerade entwickelt. Die Schichtung ist, wie noch später ausführen werde, für mich bedingt durch die Quellung der Faser.

Auf die uns interessierenden typischen Bilder der Riesenzellen mit den Einschlüssen und den elastischen Fasern stoßen sie mühelos in den Präparaten des sogenannten Lupus diffusus. Der unregelmäßigen diffusen Infiltration mit den nur spärlichen „nekrobiotischen" Herden entspricht, daß wir an der einen Stelle fast gar kein Elastin mehr sehen, an der anderen Stelle das Elastin fast unversehrt vorfinden.

An einzelnen Stellen dicke, klumpige Haufen von elastischen Fasern, welche um so massiger erscheinen, je mehr in der Umgebung die Fasern geschwunden sind und je mehr sie dadurch als die Überreste des ursprünglich vorhandenen elastischen Gewebes imponieren. Da, wo die elastischen Fasern geschädigt sind, sehen sie wie „angenagt" aus oder sie sind in Teilstücke zerfallen, deren Ränder scharf oder uneben sind, oder sie bieten direkt die Bilder des körnigen Zerfalles. Sehr oft sind die freien Enden der einzelnen Faserstücke birnförmig oder auch kugelig angeschwollen. Ich vermag nicht, mich dem Eindruck zu entziehen, als ob die zerrissenen Fasern zusammenschurren, wie es von der Elastica der Arterienwände bei der Aneurysmabildung beschrieben worden ist. Wo die zusammengeschurrten Fasern eng ananeinanderliegen, erhalten sie eben das Aussehen massiger Komplexe. Wie in der senilen Haut durch den Schwund des Kollagens ein Zusammenrücken der elastischen Fasern statt hat und so eine vermeintliche Hypertrophie des Elastins zu stande kommt, so erscheint auch beim Lupus stellenweise das Elastin hypertrophiert.

Fig. 6 zeigt Ihnen im Bilde das folgende Präparat des Lupus diffusus. Dicht in der Nähe kleiner Haufen von übrig gebliebenem Elastin eine Reihe von Riesenzellen von verschiedener Größe, aber sämtlich von gleichem Bau. Die Kerne sind wandständig angeordnet. Die Riesenzellen gehören trotz ihres Aussehens durchaus nicht etwa zu einem Tuberkel, vielmehr sind sie sofort kenntlich in ihrer Bedeutung als Fremdkörperriesenzellen, um das übrig gebliebene Elastin mit zu vernichten. Links von der Ansammlung der Riesenzellen, zwischen welchen Leukocyten und Granulationszellen liegen, eine kleine Arterie mit orceingefärbter Elastica. In einer Riesenzelle schon bei schwacher Vergrößerung sichtbar eine in der Mitte gerissene elastische Faser mit aufgefransten Rändern (Fig. 3), in einer anderen Riesenzelle eine geschwungene Faser mit hellem Hof, dessen Konturen der Faser genau folgen (Fig. 2). Nach der einen Seite verbreitert sich die orceingefärbte Faser, während die Farbe fast ganz schwindet. Bei meiner Auffassung des ganzen Prozesses darf ich übrigens in diesem Falle nicht von einer orceingefärbten Faser sprechen, es muß heißen von dem noch mit Orcein darstellbaren centralen Teil der Faser. Diesen Präparaten, in welchen die konzentrische Schichtung

schon angedeutet ist, schliefst sich noch ein Präparat desselben Falles an, bei welchem ich Sie aufmerksam mache auf die bei Bewegung der Mikrometerschraube körperlich sich ausnehmenden elastischen Fasern, welche von einer Riesenzelle umklammert werden. Fig. 1 zeigt sehr klar, wie die elastischen Fasern von einer Riesenzelle umflossen werden.

Zur Ergänzung der Bilder kann ich nur auf die Beschreibungen von Sudakewitsch und Róna verweisen. Ganz die gleichen Präparate von elastischen Fasern in Riesenzellen haben unsere verschiedenen Fälle uns geliefert. Doch möchte ich für meine Person eins betonen:

Von einem spezifischen Einfluſs der Riesenzelle auf die elastische Faser kann deshalb nicht die Rede sein, weil auch unabhängig von Riesenzellen in den bislang beschriebenen Präparaten ein Untergang elastischer Fasern unter den gleichen Formen zu beobachten ist. Schon bei schwacher Vergröſserung fällt Ihnen in dem nächsten Präparat (Fig. 5) das wunderlich gestaltete, orceintingierte Gebilde auf, welches bei starker Vergröſserung so sich ausnimmt: eine wie ein Knüppel aussehende dicke elastische Faser (verklumpte, zusammengebackene Fasern?) ist an beiden Enden knopfförmig angeschwollen. In gewissen Abständen werden die Umrisse der beiden Anschwellungen wiederholt, nur mit gröſserem Durchmesser, so daſs konzentrische Schichtungen entstehen. Die erste „Schichtung“ ist weit schwächer durch Orcein gefärbt als die dicke Faser, aber immerhin noch stärker als die zweite Schichtung, deren äuſsere Grenze gleichsam in einem „Schattenumriſs“ der gesamten Faser sich fortsetzt. Die beiden Grenzlinien selbst sind stärker gefärbt als die von ihnen begrenzten Flächen. Ich vermag mir das Bild nur so zu erklären, daſs die peripherischen Teile der Faser zuerst quellen. Der Quellungsprozeſs ergreift zuletzt das Centrum der Faser, welches also am längsten erhalten bleibt. Die gequollenen Teile quellen weiter. Nach der Orceintinktion ist fast anzunehmen, daſs die Quellung weniger gleichmäſsig, als ruck- oder stoſsweise in gewissen zeitlichen Abständen vor sich geht. Die Grenze, bis zu welcher die einzelne „Quellungszone“ vorrückt, ist durch die einzelnen, im Verhältnis zu der Zone stärker gefärbten Linien gezeichnet. Die quellende oberflächliche Schicht beansprucht ein gröſseres Volumen. Die konzentrische Ringbildung um eine drehrunde Faser würde sich daher ohne weiteres erklären, wenn die Quellung wirklich absatzweise vor sich ginge, und die Grenzen der einzelnen Quellungszonen markiert blieben. Für das gefärbte Präparat würde solche Grenze ohne Mühe festgelegt werden, weniger für das ungefärbte Präparat. Die Schwierigkeiten einer Erklärung fielen weg, die stark lichtbrechenden, geschichteten Einschlüsse wären mühelos zu verstehen, wenn wir uns vorstellen dürften, daſs ein Salzniederschlag auf die gequollenen Schichten sich legte, der absatzweisen Quellung entsprechend die Apposition schichtweise erfolgte. Die Schwierigkeiten

wären auch überwunden, wenn statt eines Niederschlages eine totale chemische Umwandlung der einzelnen gequollenen Schichten erfolgte. Daher halte ich Rónas Untersuchungen für so überaus wertvoll. Róna hat eine Verkalkung und Eisenimprägnation der untergehenden Fasern nachgewiesen.

Eines mich sehr lebhaft beschäftigenden Lupusfalles, bei welchem ich ebenfalls die Riesenzellen mit den Einschlüssen in besonderer Gruppierung fand, will ich hier gedenken.

An einem 8jährigen blühenden Mädchen wurden plötzlich drei ganz isoliert stehende, stecknadelkopfgroſse, braunrötliche Einlagerungen in der Haut entdeckt, über deren zeitlichen Bestand nichts mehr zu eruieren war. Die drei Knötchen saſsen am rechten Arm, linken Oberschenkel und an der linken Hinterbacke. Ich drängte zur Excision der drei kleinen Herde. Kurz vor der Narkose wurden aber eine Reihe von tiefliegenden, kirschkerngroſsen Infiltraten in der Haut, bezw. dem Unterhautfettgewebe des Kindes entdeckt. Diese schienen uns den Fall sehr zu komplizieren und den Operationserfolg in Frage zu stellen. Ein Infiltrat wurde mit fortgenommen. Mikroskopisch stelle es sich dar als ein gröſstenteils aus Epithelioidzellen bestehender Herd, welcher keine Verkäsungen zeigt, sehr vereinzelte Bacillen beherbergt, einen Längsdurchmesser von 5 mm, einen Höhendurchmesser von 3 mm hat, im Unterhautfettgewebe so gelegen ist, daſs er sich in die Cutis noch weit vorschiebt. Zu dem elastischen Gewebe sind in dem Sinne, daſs der Herd als eine Gefäſsembolie gedeutet werden könne, keine Beziehungen vorhanden. In der nächsten Umgebung dieses groſsen Herdes, vor allem an seiner unteren Seite, fallen groſse Riesenzellen auf mit den konzentrischen Einschlüssen. Gleichsam als wollten die Riesenzellen durch Aufnahme der Reste der durch die Raumbeengung auch zu Grunde gehenden elastischen Fasern dem Herd freie Bahn schaffen.

Auf die Klinik und die Anatomie des wichtigen Falles, welcher für die Entstehung und Ausbreitung des Lupus in der Haut mich sehr wichtig dünkt, komme ich in einer besonderen Arbeit zurück.

Heute sollen uns noch die Präparate eines anderen Falles beschäftigen, welcher mit der Tuberkulose und dem Lupus sicher nichts gemein hat. Das 14jährige Mädchen durfte ich auf der Abteilung des Herrn Dr. Urban im Marienkrankenhause beobachten. Ein schweres, trübes Krankheitsbild, bei welchem die Diagnose schlieſslich schwanken mochte zwischen einer leukämischen Erkrankung der Haut oder einer Mycosis fungoides. Herr Privatdozent Buri aus Basel, welcher während eines Besuches in Hamburg den Fall mit ansah, entschied sich mit Rücksicht auf die gleichzeitig bestehenden ekzematösen Veränderungen der Haut für eine Mycosis fungoides.

Auf den Fall will ich auch ein anderes Mal des genaueren zu sprechen kommen. Einen fast kindkopfgroſsen ulcerierten Tumor nahm Herr Dr. URBAN vom rechten Oberschenkel fort. Die mikroskopischen Präparate zeigen ein von der Tiefe an die Oberfläche sich erstreckendes „Rundzellen"-Infiltrat. Alles ist der mächtigen Zellenwucherung unterlegen. Auf den ersten Blick imponiert Ihnen aber die groſse Zahl der äuſserst voluminösen Riesenzellen inmitten der Rundzellen. In den einzelnen Zellen zählen Sie oft 50 und mehr Kerne. Die Kernanordnung entspricht nicht dem LANGHANSschen Typus (Fig. 7, 8). Die Kerne liegen ganz unregelmäſsig verteilt über dem Protoplasmaleib oder sie liegen central dicht über- und nebeneinander gehäuft oder sie ordnen sich „fischzugartig" in der Richtung des Längsdurchmessers der Zelle (Fig. 7). Frappierend ist nun aber, daſs wir hier unzweifelhaft Fremdkörperriesenzellen vor uns haben. Die Fremdkörper sind elastische Fasern in all ihren Übergängen zu den geschichteten Körpern, oft sogar verschiedene Stadien in einer und derselben Zelle. Kohlensäureentwickelung auf Salzsäurezusatz (zum Nachweise von Kalk) habe ich in diesen Präparaten nicht gefunden. Dagegen ist mir eine Schleimreaktion an den Fasern gelungen (Fig. 8). Sehr instruktiv sind die Präparate, in welchen die Darstellung eines mit Orcëin darstellbaren Kernes in den geschichteten Einschlüssen gelingt. Fig. 7 giebt ein Präparat wieder, bei welchem man fast auf den Gedanken kommen könnte, als wenn ein wirklich richtender Einfluſs auf die Kerne stattgehabt hätte, wie ein solcher viel diskutiert worden ist. Eine solche Annahme muſs natürlich stets mechanische Zug- und Druckverhältnisse ausschlieſsen, durch welche die fischzugartige Anordnung der Kerne auch wohl erklärt werden dürfte. Der Fall selbst ist mir von besonderem Wert geworden, weil er mich — für den einen Fall natürlich — die Riesenzellen mit Sicherheit aus den Endothelien herleiten läſst. Die Riesenzellen sind aber in diesem Falle nur dazu berufen, um an der schnellen Vernichtung des Gewebes der vordringenden Granulationswucherung zu helfen.

Die Riesenzellen sind aber in einigen Schnitten weit zahlreicher als in den anderen. In einigen Schnitten müssen Sie sogar direkt nach ihnen suchen. Das würde sich schwer verstehen lassen, wenn die Riesenzellen zum eigentlichen Geschwulstgewebe gehörten. Leicht ordnet sich jedoch ihre ungleiche Verteilung ihrem Fremdkörpercharakter unter. — Bei den Einschlüssen wollen wir noch etwas verweilen. Der Nachweis eines Restes von elastischer Substanz gelingt viel schwerer als bei den Einschlüssen der Riesenzellen beim Lupus. Es scheint, als ob hier die Veränderung viel intensiver erfolgt ist als beim Lupus. Ob solches zusammenhängt mit dem ganz anderen Charakter der Riesenzellen, mit einer viel stärkeren Lebenskraft der Zelle?

Die Einschlüsse selbst sind nur ein zierliches Material — und das

erschwert das Anstellen mikrochemischer Reaktionen. Eine Hämatoxylintinktion ist mir in diesen Präparaten nicht gelungen, und ebensowenig, wie erwähnt, eine Kohlensäureentwickelung bei Salzsäurezusatz. Auch die Berlinerblaureaktion versagte. Für diesen Fall möchte ich daher eine Kalkablagerung ablehnen. Nach den neueren Untersuchungen über den Eisengehalt verkalkter Gewebe dürfte bei mangelnder Kalkreaktion die Abwesenheit des Eisengehaltes sich leichter erklären. Der krystallinische Glanz der Einschlüsse, die ungleiche Lichtbrechung an deren Oberfläche lassen eine Inkrustierung, bezw. einen Salzniederschlag so gut wie sicher annehmen. Die genaue Bestimmung ist mir noch nicht gelungen.[6] Ich muſs auch noch hinzufügen, daſs an der Mehrzahl der Einschlüsse die konzentrische Schichtung nicht ohne weiteres hervortritt. Die elastische Grundlage ist aber zweifellos. Fig. 8 zeigt in einer Zelle eine Schleimreaktion gebende elastische Faser und daneben ein kristallinisches Gebilde mit gezackter Bruchfläche. Solche Bilder habe ich oft gesehen.

Hier möchte ich schlieſsen und meine Ergebnisse noch einmal zusammenfassen. Die Aufnahme von elastischen Fasern durch Riesenzellen ist ebenso unleugbar wie die Umwandlung der elastischen Fasern zu den geschichteten Körpern. In der Umwandlung selbst dürfen wir keinen spezifischen Einfluſs der Riesenzellen sehen, weil wir die ersten Stadien der Umwandlung auch auſserhalb der Riesenzellen beobachten können.

Riesenzellen von ganz verschiedenem Typus umschlieſsen bei Krankheitsprozessen von ganz verschiedener Ätiologie elastische Fasern und die aus ihnen hervorgehenden geschichteten Körper. Auch das spricht gegen einen spezifischen Einfluſs des Protoplasma der Riesenzellen auf die elastischen Fasern. Das unter einer spezifischen Giftwirkung stehende tuberkulöse Gewebe zeigt in den Leibern seiner unter gleicher Giftwirkung stehenden Riesenzellen dieselben Umwandlungsprodukte der elastischen Faser, wie die anders gebauten Riesenzellen unseres letzten Falles, der vermeintlichen Mycosis fungoides. Wir halten aber an der Auffassung fest, daſs die in die Leiber der Riesenzellen aufgenommenen elastischen Fasern als Fremdkörper gewirkt und die Riesenzellbildung direkt angeregt haben. Rónа glaubt, daſs solche Annahme sich nicht beweisen lieſse. „In ihren Formen wie in ihren Lagerungsverhältnissen stimmen die elastische Fasern bergenden Riesenzellen vollständig mit den anderen Tuberkel-Riesenzellen überein.“ Die Formen beweisen nichts. Fremdkörperriesenzellen können beiderlei Typus haben. Das ist durch eine Legion von Beobachtungen sicher-

[6] Ich sehe davon ab, die vielen chemischen und färberischen Versuche, welche ich nach dieser Richtung angestellt habe, hier wiederzugeben. Ich behalte mir das für eine andere Gelegenheit vor.

gestellt. Bezüglich der Lagerungsverhältnisse verweise ich auf meine Fig. 6. Die elastische Fasern tragenden Riesenzellen liegen hier unabhängig von einem Tuberkel dicht an den Resten des elastischen Gewebes. Dafs sie aber auch mitten im eigentlichen tuberkulösen Gewebe liegen, gebe ich ohne weiteres zu, sehe darin einen die mikroskopische Diagnose erschwerenden Umstand. Wir müssen vor der Hand im tuberkulösen Gewebe der Haut zwei verschiedene, allerdings gleichgebaute Arten von Riesenzellen annehmen. Warum auch die Fremdkörperriesenzellen in diesem Falle den LANGHANSschen Typus bewahren, weifs ich nicht. Vielleicht ist die spezifische Giftwirkung das direkt Ausschlaggebende. Eine geistreiche Hypothese (13) sagt, dafs die LANGHANSsche Riesenzelle im tuberkulösen Gewebe phagocytäre Bedeutung für die Tuberkelbacillen besitze. Würde die viel diskutierte Hypothese zu Recht bestehen, so vereinfachte sich wieder die Frage, indem dann alle Riesenzellen im tuberkulösen Gewebe auf Fremdkörperwirkung zurückzuführen wären.

Auf keinen Fall aber kann ich gegen unsere Annahme der Fremdkörperwirkung der elastischen Fasern den Hinweis als stichhaltig gelten lassen, dafs die Fasern auffällig lange in den Riesenzellen erhalten bleiben. Von einer geradezu konservierenden Wirkung der Riesenzellen den elastischen Fasern gegenüber sprechen RÓNA und UNNA. Auf die Verlangsamung des Stoffwechsels in den Riesenzellen wäre nach RÓNA vielleicht die Kalk- und Eisenimprägnation der Fasern zurückzuführen. An einen kausalen Zusammenhang zwischen letzterer und dem Aufenthalt im Leibe der Riesenzelle glaubt RÓNA. Mit dem gleichen Recht könnte man aber in diesen Vorgängen der Kalk- und Eisenimprägnation einen aktiven Einfluſs der Riesenzellen auf den Untergang der elastischen Faser erblicken. So weit möchte ich aber gar nicht gehen. Katgutfäden, Jodoformgazestückchen u. a. bleiben auch lange in den Riesenzellen erhalten. Da zweifelt aber niemand an der Fremdkörperwirkung. Es handelt sich auch bei den elastischen Fasern um ein schwer resorbierbares Material.

Bilder, wie meine Fig. 6, welche in unmittelbarer Nähe des übriggebliebenen Elastins Riesenzellen mit den elastischen Fasern zeigen, sind nur im Sinne einer phagocytären Rolle der Riesenzellen zu deuten. Diese Riesenzellen sind nicht zu trennen von den elastische Fasern tragenden Riesenzellen, welche auch mitten in einem Tuberkel anzutreffen sind, zu trennen aber von den echten LANGHANSschen Riesenzellen, wie sie zu dem Tuberkel gehören, über deren Genese, Bedeutung u. a. die Diskussion noch wogt. Dafs letztere, zumal wenn UNNAs Anschauungen über ihre Entstehung zu Recht bestehen, auch mal elastische Fasern, die gerade im Wege liegen, mit einschliefsen können, soll nicht in Abrede gestellt werden. Für die in einem Tuberkel der Haut anzutreffenden, gewöhnlich sehr kleinen, echten Fremdkörperriesenzellen — die Fremdkörper sind

die einzigen Reste des elastischen Gewebes — will ich nochmals betonen, daſs eine gute Orcëin- oder WEIGERT-Tinktion in den Lupusknötchen die winzigen Elastinreste aufdeckt.

Die phagocytäre Bedeutung der Riesenzellen in unseren Fällen wird geradezu sichergestellt durch die Thatsache, daſs bei so verschiedenen Affektionen das gleiche beobachtet wird. Die Einwände gegen den „Fremdkörpercharakter" unserer Riesenzellen nehmen nur auf die Histiogenese des lupösen Gewebes Bezug, sind doch nicht ohne weiteres bei der Lepra, der Syphilis, der SARTschen Krankheit, unserem vermeintlichen Falle von Mycosis fungoides zulässig. Gleichwertig für alle ist aber die Auffassung, daſs Riesenzellen an der Vernichtung der elastischen Fasern beteiligt sind. Gegen die phagocytäre Bedeutung der Riesenzellen machen UNNA und RÓNA geltend, daſs in den Riesenzellen die elastischen Fasern noch sichtbar sind, nachdem im übrigen Gewebe das Elastin schon längst geschwunden ist. Beim Lupus haben solche Beobachtung die Autoren gemacht. Warum soll im tuberkulösen Gewebe die Fremdkörperriesenzelle weniger hinfällig sein als die anderen Zellen. Hinfälligkeit und Verminderung der phagocytären Kraft einer Zelle lassen sich leicht miteinander in Beziehung bringen. Lassen wir aber diesen naheliegenden Einwand fallen; es ist immerhin sehr wohl möglich, daſs die Riesenzellen, welche zur Unterstützung für das verheerende Gift auf dem Kampfplatz erscheinen, eine nur wenig wirksame Hülfe bringen. Wer möchte aber an die Thätigkeit der Riesenzellen, überhaupt an den unergründlich feinen Mechanismus der Zelle schematisierende Forderungen stellen wollen!

In der Diskussion, welche sich im Anschluſs an den vorliegenden Vortrag entwickelte, wurde ich aufmerksam gemacht auf eine Arbeit von SPRECHER: „Corpi inclusi della cellula gigante del tubercolo" aus dem pathologischen Institut zu Turin. (Lavori dell instituto di anatomi a patologica diretto dal Prof. PIO FOA. 1901.) Der Band, dem Andenken von BIZZOZERO gewidmet, ist Ende Februar 1902 erschienen.

Soweit ich die Arbeit, auf deren Einzelheiten ich nicht mehr eingehen kann, überblicke, erkennt SPRECHER die Ergebnisse von RÓNA und SSUDAKEWITSCH nicht an.

SPRECHER kommt in seiner Arbeit zu dem Schluſs: La mia opinione è che i corpi inclusi delle cellule giganti del tuberculo si producano per una metamorfosi lenta e regressiva del protoplasma cellulare e che, successivamente, so depositino su di essi sali de ferro e di calcio.

Ich will mich hier nur auf die Bemerkung beschränken, daſs eine gute Elastinfärbung jeden Zweifel an einen Zusammenhang der Einschlüsse mit den elastischen Fasern von vornherein ausschlieſsen heischt.

Litteratur.

1. E. Krückmann, Über Fremdkörpertuberkulose und Fremdkörperriesenzellen. *Virchows Arch.* Bd. 138, 3. Heft, S. 534.
2. E. Franke und E. Delbanco, Zur pathologischen Anatomie der Augenlepra. *Gräfes Arch.* Bd. 50, No. 2.
3. J. Ssudakewitsch, Riesenzellen und elastische Fasern. Beitrag zur Pathologie des elastischen Gewebes der Haut. *Virchows Arch.* Bd. 115, 2. Heft, S. 264.
4. P. Róna, Über das Verhalten der elastischen Fasern in Riesenzellen. *Zieglers Beiträge z. path. Anat.* Bd. 27, S. 349.
5. M. Pelagatti, Über das Verhalten der im Lupusgewebe eingeschlossenen Gebilde. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 32, No. 4.
6. R. Virchow, Die krankhaften Geschwülste, Lupus. Bd. II, 2. Hälfte.
7. Mohs, Inaug.-Diss., Leipzig, 1855, De lupi forma et nonnulla structura, citiert nach Ssudakewitsch.
8. Schüppel, Untersuchungen über Lymphdrüsentuberkulose. Tübingen, 1872.
9. E. Lang, Zur Histologie des Lupus. *Vierteljahrsschr. f. Dermat. u. Syph.* 1875, 1. Heft. Der Lupus und dessen operative Behandlung. Wien, 1898.

9a. Ed. Krauss, Beiträge zur Riesenzellenbildung in epithelialen Geweben. *Virchows Arch.* Bd. 95, 2. Heft, S. 249.

10. P. G. Unna, Histopathologie der Hautkrankheiten. Berlin, 1894.
11. P. Lewinberg, Beiträge zur Kenntnis des elastischen Gewebes. Inaug.-Diss. Zürich, 1898.
12. s. a. O.
13. Über die phagocytäre Rolle der Tuberkelriesenzellen. *Virchows Arch.* Bd. 113, 1. Heft, S. 68.

Tafelerklärung.

Fig. 1. Starke Vergrößerung: Lupus. Ein Büschel geschädigter elastischer Fasern von einer Riesenzelle umflossen.

Fig. 2. Starke Vergrößerung: Lupus. Eine geschwungene elastische Faser in dem Leib einer Riesenzelle. Die Faser von einem Hof umgeben, ihr centraler Teil, durch Orcein gut darstellbar, verbreitert sich nach der einen Seite und verliert die Färbbarkeit.

Fig. 3. Starke Vergrößerung: Lupus. Eine zerrissene und wie zerzaust aussehende elastische Faser mit hellem Hof in dem Leib einer Riesenzelle.

Fig. 4. Starke Vergrößerung: Lupus. Durch einen Spalt von einander getrennt ein in Bildung begriffener geschichteter Körper, an dessen oberer Seite die durch Orcein noch gut tingierte Faser hervortritt, und ein wie angefressen aussehendes Stück Elastin. Beide Teile umflossen von einer Riesenzelle.

Fig. 5. Starke Vergrößerung: Lupus. In Quellung begriffene Elastinklumpen inmitten der zelligen Infiltration des Gewebes (vergl. Text).

Fig. 6. Schwache Vergrößerung: Lupus (vergl. Text). Zwei Riesenzellen dieses Präparates sind in den Figg. 2 u. 3 bei starker Vergrößerung gezeichnet. Links unten ein Gefäß mit der elastica. Rechts zwei Häufchen von Elastin. In der Mitte Riesenzellen, in zweien die elastischen Fasern sichtbar. Zwischen den Riesenzellen und um die Elastinzellen die Zellen der entzündlichen Infiltration.

Fig. 7. Starke Vergrößerung: Mykosis fungoides. Eine Riesenzelle mit fischzugartiger Anordnung der Kerne, einschließend ein konzentrisch geschichtetes Gebilde, in dessen Centrum ein „Elastinkern" liegt. Die Riesenzelle ist mit einigen Kernen der engsten Umgebung gezeichnet.

Fig. 8. Starke Vergrößerung: Mykosis fungoides. Eine (mit den Kernen der engsten Umgebung gezeichnete) Riesenzelle, welche ein kristalloides, stark lichtbrechendes Gebilde einschließt. Das Gebilde kreuzt sich mit einem Stück einer elastischen Faser, welche wie zerzaust aussieht und Schleimreaktion giebt. (Muci-hämatein.)

In der im Original farbig ausgeführten Tafel sind die elastischen Fasern orceinfarben, braunrot, die Kerne blau gefärbt. Die Farbenübergänge bedürfen keiner Erläuterung.

Aus Dr. Unnas Dermatologicum.

Eine Modifikation der Pappenheimschen Färbung auf Granoplasma.

Von

P. G. Unna.

Pappenheim hat bekanntlich vor einiger Zeit seine zunächst für Blutzellen erdachte Methylgrün-Pyronin-Methode auch für Gewebsschnitte verwendbar gemacht.[1] Er bedurfte hierzu einer Beize, um die kontrastgefärbten Gewebe sicher durch die notwendigen Prozeduren der Entwässerung mit Alkohol und Aufhellung mit Bergamottöl in den Balsam zu bringen und fand eine solche im Resorcin, welches schon früher von mir als gute Beize für methylenblau gefärbtes Granoplasma erkannt war.[2] Die großen Vorzüge dieser Färbungsmethode für bestimmte Zwecke leuchteten mir so sehr ein, daß ich mich bemühte, die Pappenheimsche Methode, deren Resultate an Sicherheit, Gleichmäßigkeit und Farbentiefe noch etwas zu wünschen übrig ließen, auch in diesen Beziehungen mit der für Grano-

---

[1] Pappenheim, Wie verhalten sich die Unnaschen Plasmazellen zu Lymphocyten? *Virchows Archiv*, Bd. 165, S. 365 ff. und Bd. 166, S. 424 ff. und Plasmazellen und Lymphocyten in genetischer und morphologisch-tinktorieller Hinsicht. *Diese Zeitschrift*, 1901, Bd. 33, S. 340.

[2] van der Speck u. Unna, Zur Kenntnis der Waldeyerschen Plasmazellen und Ehrlichschen Mastzellen. *Diese Zeitschrift*, 1891, Bd. 33, S. 364.

plasma jetzt allgemein gebräuchlichen Färbung mit polychromer Methylenblaulösung konkurrenzfähig zu machen.

Die besonderen Vorzüge der PAPPENHEIMschen Färbung gründen sich in letzter Instanz auf die Eigenschaft des Methylgrüns, in ganz spezifischer Weise das Kernchromatin zu färben und sich an demselben stark zu fixieren, mit den übrigen basophilen Substanzen des Gewebes dagegen, vor allem dem Granoplasma, sich nur so locker zu verbinden, dafs es durch alle, auch die einfachsten Ent- und Umfärbungsprozeduren aus den letzteren Substanzen leicht und vollkommen zu entfernen ist. Daher ist das Methylgrün wie geschaffen, die Basis einer Kontrastfärbung abzugeben, bei welcher die Kerne methylgrün, das Protoplasma und dessen Abkömmlinge (Keratin, Hyalin) in einer Kontrastfarbe, am besten in einer roten erscheinen. PAPPENHEIM hatte nun die gute Idee, diese Kontrastfärbung dadurch zu sichern und zu erleichtern, dafs er — hierin EHRLICH folgend — die Färbung einzeitig mit einer Mischung der beiden basischen Farben vornahm.

Abgesehen von diesen auf der Hand liegenden Vorzügen der Methode im allgemeinen sind aber noch einige andere gute Eigenschaften derselben hervorzuheben, die sich an die Wahl der beiden genannten basischen Farben im speziellen knüpfen. Zunächst wird es jedem auffallen, welcher Schnitte desselben Gewebes einerseits mit der polychromen Methylenblaulösung, andererseits mit Methylgrün färbt, dafs mittels ersterer die Kerne der Plasmazellen sich viel tiefer färben lassen und das Chromatin in viel gröberen Strängen und Brocken zeigen, als die methylgrün gefärbten Schnitte. In den letzteren sind die Kerne stets viel zarter und blasser gefärbt und weisen nie dieselben groben Chromatinnetze auf, auch wenn sie noch so lange und in noch so starker Methylgrünlösung gefärbt wurden. Es folgt daraus, dafs die Kernbilder der polychromen Methylenblaulösung und des Methylgrüns nicht identisch sind und dafs das Kernbild der ersteren mehr Substanz gefärbt zeigt. Hieraus folgt wieder zweierlei, erstens, dafs wir beide Kernbilder stets zu vergleichen haben und durch Subtraktion derselben die Chromatinsubstanzen analysieren können und sodann, dafs es gerade das Methylgrün ist, dem wir bei einzeitigen Doppelfärbungen den Vorzug geben müssen, da doppelgefärbte Schnitte um so klarer ausfallen, je zarter die Kernstrukturen gefärbt sind.

Auch die Wahl des Pyronins ist eine gut begründete, denn der zur Kontrastfärbung herangezogene rote Farbstoff durfte weder, wie z. B. Safranin, eine spezifische Vorliebe für Kernchromatin haben und demzufolge mit dem Methylgrün in scharfe Konkurrenz geraten, noch, wie z. B. Fuchsin, mit gleich grofser Energie Kernchromatin und Granoplasma färben. Es durfte eben nur ein solcher basischer roter Farbstoff sein, der im allgemeinen eine schwächere tinktorielle Kraft als Fuchsin und im

speziellen eine geringere Verwandtschaft zum Kernchromatin als Safranin besafs. Die Anzahl solcher roter Farbstoffe ist ziemlich klein, wenn man auch nicht lediglich auf Pyronin in dieser Beziehung beschränkt ist.

In Bezug auf die Wahl der Farbstoffe war mithin eine Verbesserung unnötig und auch wohl schwierig durchführbar. Wohl aber konnte man daran denken, die Methode dadurch zu vereinfachen, dafs die Beize mit der Färbung gleichzeitig zur Wirkung gebracht wurde. Eine Mischung von je zwei Teilen 1%iger Methylgrün- und Resorcinlösung mit einem Teil 1%iger Pyroninlösung ergab in der That direkt eine alkoholfeste Doppelfärbung. Allerdings waren die Kerne nicht blau, wie bei Pappenheims Verfahren,[3] sondern blauviolett, hatten also etwas Pyronin festgehalten. Nachdem Vorversuche weiter gezeigt hatten, dafs die Doppelfärbung aufser nach Anwendung der Resorcinlösung auch nach einer solchen von Formalin und Karbolwasser dem Alkohol Stand hielt, ergab sich, dafs sowohl Formalin wie Karbolsäure auch als Zusätze zur Farbmischung diese genügend beizten, während andererseits Anilin als Zusatz zu wenig resistente Färbungen gab und nachträglich angewandt, nicht blofs nicht beizte, sondern total entfärbte. Hiernach standen als beizende Zusätze zur Auswahl: Resorcin, Formalin und Karbolsäure. Ich entschied mich für letztere, da nur die Mischungen mit Karbolsäure dauernd niederschlagsfrei und von gleichbleibender Wirkung sich erwiesen. Zunächst hatte ich mit einprozentigen Karbollösungen gearbeitet; es zeigte sich jedoch bald, dafs halbprozentige Lösungen dieselben guten Resultate gaben, welche bei der bekannten schrumpfenden Einwirkung der Karbolsäure auf die Gewebe den Vorzug verdienen. Um aber sowohl dieser Nebenwirkung, wie jeder Möglichkeit eines Farbausfalles ein für allemal vorzubeugen, gab ich der Mischung einen — auch sonst bewährten — Zusatz von Spiritus und Glycerin.

Hiernach war die Methode dahin vereinfacht, dafs Ausfärbung und Beizung gleichzeitig stattfinden konnten, aber bei der Anwendung auf Schnitte von vielerlei Affektionen liefs doch hin und wieder die Granoplasmafärbung, weniger die Kernfärbung zu wünschen übrig. Dieses konnte nur auf einem unzweckmäfsigen Mischungsverhältnisse beider Farbstoffe beruhen. War es doch von vornherein klar, dafs gerade dieses Verhältnis bei Übertragung der Doppelfärbung vom Blute auf feste Gewebe einer wesentlichen Modifikation unterliegen müfste. Ich begann daher eine weitere Versuchsreihe, zu welcher hauptsächlich Rhinosklerom-, Ulcus molle- und Lupusschnitte dienten, die alle an Plasmazellen überreich waren. Ausgehend von dem von Pappenheim angegebenen Ver-

[3] Grün werden die Kerne bei dieser einzeitigen Doppelfärbung überhaupt nur nach stärkerer Entfärbung, z. B. in Alkohol mit Zusatz von etwas Anilin oder Orange.

hältnis von Methylgrün: Pyronin = 3 : 1, kam ich schrittweise zu einem Verhältnis beider von 3 : 5. Hier war für die genannten (in Alkohol gehärteten) Gewebe das Optimum der Färbung und Differenzierung vorhanden; darüber hinaus (Methylgrün 3 : Pyronin 6) verringerte sich die Sicherheit der Kontrastfärbung wieder. Möglicherweise ist für andere Gewebe und andere Fixationen als Alkohol das beste Mischungsverhältnis wieder ein anderes. Für die Erforschung obiger Plasmome kann ich die Mischung von 0,15% Methylgrün und 0,25% Pyronin in Karbolwasser als dasjenige bezeichnen, das sich mir in halbjähriger Prüfung am besten bewährt hat.

Diese Mischung hat mithin folgende Formel:[4]

Methylgrün	0,15
Pyronin	0,25
Alkohol	2,50
Glycerin	20,00
$^1/_2$%iges *Karbolwasser*	ad 100,00.

Sie giebt auf die einfachste Weise, bei einer Färbung von zehn Minuten Dauer und Entfärbung in Alkohol sichere und gute Kontrastfärbungen. Immerhin kann sie es in einer Beziehung noch nicht mit der Färbung mit polychromer Methylenblaulösung aufnehmen: Das Granoplasma ist bei weitem weniger stark gefärbt und daher entgehen der Untersuchung viele Granoplasmateile sowohl in den Lymphspalten wie im Umfange der Plasmatochterzellen, auf die ich aus bekannten Gründen das gröfste Gewicht zu legen habe. Da diese geringere Färbung des Granoplasmas Folge einer geringeren tinktoriellen Kraft des Pyronins ist, die wir ja im Interesse der guten Kontrastfärbung gerade ausnutzen wollen, so ist auf dem gewöhnlichen Wege stärkerer Konzentration oder längerer Färbedauer diesem Übel nicht abzuhelfen; denn die Folge wäre eine Verschlechterung des Farbkontrastes zwischen Granoplasma und Kernen und ein Überfärben letzterer mit Pyronin. Dagegen gelangen wir zum Ziel, wenn wir an Stelle der Färbung in der Kälte eine solche in der Wärme (30°—40° C.) setzen. Der Unterschied ist überraschend: auch die kleinsten Granoplasmaspuren sind schön dunkelrot gefärbt und alle Plasmatochterzellen zeigen jene den meisten Histologen unbekannten Granoplasmareste, auf welche ich hauptsächlich — unter anderen Gründen — die Herkunft der kleinen Plasmazellen aus grofsen Plasmazellen stütze. Ich kann mithin nur eine Ausfärbung in der Wärme als eine genügend gute Methode für jeden ansehen, welcher sich der Methylgrün-Pyronin-Mischung zum Studium des Granoplasmas und speziell

[4] Dieselbe kann fertig und in tadellosem Zustande von Grübler (Leipzig) bezogen werden.

der kleinen Plasmazellen bedienen will. Nur in dieser Weise ausgeführt, hat die Methode einen gewissen Vorteil selbst vor der bisher zu diesem Zwecke besten Färbung (polychr. Methylenblaulösung, Alkohol + Xylol, Anilin + Alaun) voraus, indem die rote Kontrastfarbe das Erkennen der vielgestaltigen Granoplasmareste an der Peripherie der blaugefärbten Kerne der kleinen Plasmazellen (Plasmatochterzellen) erleichtert.

Auch in Bezug auf die Technik dieser Methode ist noch allerlei Wesentliches zu bemerken. Natürlich kann man die Ausfärbung in einem auf 37° eingestellten Thermostaten vornehmen. Ich bediene mich einer sehr primitiven aber vollständig ausreichenden Vorrichtung, die aus einem kleinen mit Wasser halb gefüllten Metallgefäfs besteht, welches durch eine darunterstehende kleine Öllampe (sog. Nachtlampe) beständig auf circa 37° erhalten wird. In dem Metallgefäfs stehen aufser einem Thermometer einige Reagiergläser, in denen zweckmäfsigerweise die Färbung vorgenommen wird. Denn eine Hauptsache bei derselben ist die rasche Abkühlung der etwa fünf Minuten lang gefärbten Schnitte, was man durch Hin- und Herbewegen des Reagierglases in einer grofsen Schale mit kaltem Wasser oder unter dem strömenden Wasser der Leitung in wenigen Sekunden erreicht. Unterläfst man diese rasche Abkühlung der Schnitte, so findet in der Farblösung wieder ein Auswaschen des Pyronins aus dem stark gefärbten Granoplasma statt und man hat trotz der Ausfärbung in der Wärme schliefslich nur die unzureichend gefärbten Präparate, wie sie die Ausfärbung bei Zimmertemperatur ergiebt. Da der Gehalt der Mischung an Karbolsäure dem Gewebe besonders in der Wärme bei längerer Dauer nachteilig werden kann, so dürfen die Schnitte nicht länger als höchstens zehn Minuten (!) in den Reagiergläsern verweilen. In fast allen Fällen genügt indessen schon ein Aufenthalt derselben von fünf Minuten in dem Wasserbade; dann werden sie rasch abgekühlt, man nimmt die Schnitte mit einer Platinnadel heraus, spült sie in Wasser ab und bringt sie zur Entwässerung, sodann in absoluten Alkohol und weiter in Bergamottöl und Kanadabalsam.

Aus der Praxis.

Zur Spickmethode.

Von

Dr. Richter,
Assistenzarzt an Dr. Unnas Klinik.

Die Spickmethode bei Lupus vulgaris hat Unna in seinen *Monatsheften für praktische Dermatologie*, 1888, S. 195, zuerst beschrieben. Sie ist später — 1895 — von Scharff warm empfohlen worden.[1]

Genaue Angaben, in welchen Fällen die Spickmethode indiziert ist, und eine ausführliche Beschreibung der Technik, wie sie nach manchen kleinen Verbesserungen heute in Unnas Klinik und Poliklinik geübt wird, findet sich in einem Vortrage, den Unna 1898 im Hamburger ärztlichen Verein gehalten hat.[2]

Auf die Indikationen, auf die Technik etc. gehe ich hier nicht nochmals ein, sondern verweise auf obigen Vortrag. Nur kurz erwähne ich, dafs die Domäne der Spickmethode die Fälle sind, in denen es sich um isoliert stehende Knötchen handelt. Hauptsächlich werden also die Reste eines schon behandelten Lupus und Rezidive in Frage kommen.

Jede Lupusbehandlung nun, die darauf gerichtet ist, solche einzelnen Knoten zum Schwund zu bringen, wird um so erfolgreicher sein, je sicherer alle bacillenhaltenden Centren vollkommen zerstört werden, d. h. je gröfser der Pfropf ist, den wir nekrotisieren und zur Ausstofsung bringen.

Unna hat seiner Zeit das Holz der Weifsbuche als geeignetes Material zur Anfertigung von Spickhölzern empfohlen. Auf seine Veranlassung prüfte ich noch einmal eine gröfsere Anzahl in- und ausländischer Holzarten auf ihre Härte und ihre Aufsaugungsfähigkeit.

Die Bestimmung der letzteren geschah in der Weise, dafs ich das Gewicht einer gewissen Menge von Spickhölzern jeder Holzart feststellte. Dann brachte ich die Hölzer — jede Art für sich — in die von uns gebrauchte Ätzflüssigkeit (Liqu. stibii chlorati), liefs sie darin eine bestimmte Zeit und wog von neuem.

---

[1] Scharff, *Monatshefte für praktische Dermatologie.* Bd. 21, S. 281.

[2] Unna, Über Radikalheilung des Lupus. *Dtsch. Medizinalztg.*, 1898, und *Arbeiten aus Dr. Unnas Klinik für Hautkranke in Hamburg 1898*, S. 39. Verlag von Eugen Grosser, Berlin 1899.

Die erforderliche Härte der Spickhölzer liefs sich naturgemäfs am sichersten am Patienten selbst erproben. Sie mufs so grofs sein, dafs sich das Hölzchen unter leicht drehender Bewegung bequem in das Lupusknötchen einstofsen läfst, ohne dafs sich die Spitze umlegt, dagegen ist es angenehm, wenn das Holz nicht so hart ist, dafs es ohne Schwierigkeit auch in gesundes oder Narbengewebe eindringt. Man hat da gleichzeitig eine Kontrolle, ob auch wirklich ein krankes Centrum getroffen wurde.

Die obigen physikalischen Versuche über die Aufsaugungsfähigkeit konnten am Patienten nun noch kontrolliert werden. Es zeigten die Pfröpfe, welche die verschiedenen mit Liqu. stibii chlorati getränkten Holzarten nekrotisiert hatten, ziemlich starke Gröfsenunterschiede.

Eine Reihe von Parallelversuchen führte zu dem Ergebnis, dafs der von Unna empfohlenen Weifsbuche die Rotbuche ebenbürtig zur Seite steht. Beide Holzarten dringen nur schwer in gesundes oder Narbengewebe, dagegen bequem in das Lupusknötchen ein. Gleichzeitig besitzen sie die relativ gröfste Aufsaugungsfähigkeit.

Nun ging ich noch einen Schritt weiter. Ich legte nach Ausfallen des nekrotischen Pfropfes in die Höhlung ein mit Liqu. stibii chlorati getränktes Wattebäuschchen und bedeckte die so behandelte Stelle wieder mit Pflaster. Der Erfolg war ein vorzüglicher. Nach drei bis vier Tagen waren rundliche, bis zu fünfpfennigstückgrofse Scheiben von mindestens 5 mm Dicke ausgefallen. Unter einem Sublimat-Bleiwasserverband vernarbten die Stellen schnell.

Diesem Verfahren haftete ein Übelstand an: es war äufserst schmerzhaft und im Gesicht kaum zu ertragen.

Anstatt der einfachen Watte wurde deshalb 33 %ige Orthoformwatte verwandt, wie sie ja auch in der zahnärztlichen Praxis vielfach zur Anwendung kommt.

Kleine Kügelchen dieser Watte wurden in die gesetzten Höhlungen gebracht und nach etwa einer Viertelstunde mittels eines zugespitzten Glasstabes mit je ein bis zwei Tropfen Liqu. stibii chlorati getränkt.

Das Verfahren ist wenig schmerzhaft, auch Frauen und Kinder ertragen es gut.

Erwähnen mufs ich hier, dafs anstatt der vom Tischler hergestellten Spickhölzer eine Zeitlang die Dornen des Stachelbeerstrauches verwandt wurden. Ihre gleichmäfsig glatte Oberfläche, ihr geschweifter Bau und die harte Spitze eignen sich vorzüglich zum fast schmerzlosen Einstofsen in die Haut.

Aber erstlich nehmen die Dornen, selbst wenn sie 24 Stunden in der Ätzflüssigkeit liegen, nur wenig davon auf und nekrotisieren daher das Gewebe nur in geringem Umkreise.

Zweitens lassen sie sich bei ihrer Härte leicht in jedes Gewebe einstechen und gestatten daher keine Kontrolle, ob wir ein Lupusknötchen trafen.

Dem ersterwähnten Übelstande läfst sich nun jetzt durch Einbringen der Orthoform-Wattebäuschchen und deren Tränkung mit Ätzflüssigkeit bis zu einem gewissen Grade abhelfen, und auf den Vorzug der Spickhölzer, beim Einstofsen zu fühlen, sind wir in einen kranken Herd gelangt oder nicht, wird der Geübtere mit Hilfe des Unnaschen Diaskopes verzichten können.

Der Effekt der geschilderten erweiterten Spickmethode wird somit am gröfsten sein, wenn wir Spickhölzer aus Rot- oder Weifsbuche verwenden, wenn wir dann nach Ausfallen des nekrotischen Pfropfes — nach drei bis vier Tagen — in die verhältnismäfsig grofse Höhlung ein entsprechend grofses Wattebäuschchen bringen und dieses mit 1, 2 oder auch 3 Tropfen Liqu. stibii chlorati tränken. Die so behandelte Stelle wird mit Pflaster bedeckt. Nach weiteren zwei bis vier Tagen ist die gewünschte Nekrotisierung erreicht. Die Abheilung geschieht mit Sublimat-Bleiwasser.

Etwas weniger wirksam ist die Anwendung der Stachelbeerdornen. Der abgestorbene Gewebspfropf ist nur klein, die entstandene Höhlung nimmt nur ein kleines Wattekügelchen und dieses nur wenig Ätzflüssigkeit auf.

Aber das Einstofsen der Dornen ist viel weniger schmerzhaft als das der Spickhölzer. Bei empfindlichen Patienten, besonders an der Nase und in der Nähe der Augen, dürften die Dornen daher den Vorzug haben.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Progressive Ernährungsstörungen.

a. *Maligne.*

Zur parasitären Entstehung von Krebs und Sarkom, von Schülles. (*Centralbl. f. Chir.* 1902. No. 8.) Verfasser wendet sich wiederum gegen die Angriffe, die die von ihm gefundenen Parasiten für Korkzellen erklären; er hat eine neue chemische Reaktion gefunden, durch welche sich seine Zellen von den Korkzellen unterscheiden. Ferner erklärt er seine grofsen Kapseln nur als eine Entwickelungsform der Parasiten: in ihnen entstehen die „jungen Organismen", welche er als die eigentlichen Krebserreger ansieht; endlich hat er an Versuchstieren diese jungen Organismen in allen vorher studierten Entwickelungsphasen in verschiedenen Geweben verfolgen können.

F. Hahn-Bremen.

Beiträge zur Lehre vom Carcinom: I. Über Aufbau, Wachstum und Histogenese der Hautcarcinome, von Walter Petersen-Heidelberg. (*Beitr. z. klin. Chir.* Bd. XXXII, Heft 3.) P. glaubt, daſs das Plattenmodellierverfahren nach Born, das Anatomen und Embryologen bei der Bearbeitung schwieriger morphologischer Probleme hervorragende Dienste geleistet hat, in umfassender und systematischer Weise beim Studium der Carcinome angewendet, zur Lösung strittiger Fragen bezüglich der Morphologie und Histogenese dieser Tumoren beitragen wird. Das Verfahren ist, in Kürze skizziert, folgendes: Der Tumor wird in Serienschnitte zerlegt, die Partien der Schnitte, die zur Darstellung kommen sollen, d. h. also alle epithelialen Elemente werden mit Hilfe des Zeichenprismas vergröſsert aufgezeichnet. Diese Zeichnungen werden auf Wachstafeln aufgeklebt und ausgeschnitten; dabei müssen solche Epithelhaufen, welche zunächst keinen Zusammenhang mit den übrigen zeigen, durch provisorische Wachsbrücken festgehalten werden. Die ausgeschnittenen Wachstafeln werden nun möglichst exakt, insbesondere ohne seitliche Verschiebung, der Reihenfolge nach zusammengesetzt. Damit die Dicke des Modells der Länge und Breite entspricht, muſs die Dicke der einzelnen Wachstafeln gleich dem Produkt aus Vergröſserung und der Dicke der einzelnen mikroskopischen Schnitte sein. Man erhält auf diese Weise ein in allen drei Dimensionen richtig vergröſsertes, plastisches Abbild des Tumors. — Zur plastischen Rekonstruktion nach dieser Methode eignen sich nur mittelgroſse, nicht ulcerierte Carcinome mit nicht zu starker bindegewebiger Infiltration. Der Verfasser hat bis jetzt von vier Hautcarcinomen Modelle nach dem Bornschen Verfahren hergestellt. Die Analyse dieser vier Modelle zusammen mit den mikroskopischen Befunden bei einer groſsen Anzahl von Hautcarcinomen ergiebt folgende Resultate: Mit Rücksicht auf die erste Entstehung und auf das weitere Wachstum der Carcinome lassen sich zwei Formen unterscheiden: a) das unicentrische Carcinom; die Epithelwucherung beginnt an einer einzigen Stelle und greift von hier zerstörend auf die ganze Umgebung, so auch auf das Nachbarepithel über; dabei können leicht Bilder entstehen, die eine aktive Wucherung dieses nur passiv zerstörten Nachbarepithels vortäuschen. b) Das multicentrische Carcinom; die Epithelwucherung beginnt an verschiedenen Stellen, und das periphere Wachstum des fertigen Carcinoms erfolgt durch Bildung immer neuer selbständiger Carcinomherde in der Peripherie des Haupttumors; diese neuen Herde sind dem Haupttumor entweder sofort dicht angelagert oder verschmelzen doch meist sekundär mit demselben. — Die Trennung dieser beiden Carcinomformen auf rein mikroskopischem Wege ist meist sehr schwer, oft unmöglich; durch das Plattenmodellierverfahren dagegen kann sie leicht gelingen. Übrigens sind sowohl reine unicentrische, wie reine multicentrische Carcinome selten, in den meisten Fällen liegen Mischformen beider Wachstumstypen vor. — Die von je einem Centrum ausgehenden Carcinomzellen wachsen meist kontinuierlich weiter; sie bilden dann einen einheitlichen Stamm, der nach allen Seiten hin Äste, Zapfen und Kolben entsendet (retikuläre Carcinome). Die Epithelhaufen der sogenannten Krebsalveolen sind in ihrer groſsen Mehrzahl die Querschnitte dieser Ausläufer. Seltner wachsen die Carcinomzellen diskontinuierlich unter Bildung echter abgeschlossener Alveolen (alveoläre Carcinome). Die Diskontinuität des Epithelwachstums gehört also nicht unbedingt zum Begriffe des Carcinoms. — Zum Studium der Histogenese sind neben kleinen, beginnenden Carcinomen auch die Randpartien gröſserer Tumoren geeignet, vorausgesetzt, daſs sich einwandfrei, am besten durch das Plattenmodell, die Unabhängigkeit der carcinomatösen Randwucherungen von dem Haupttumor nachweisen läſst. Das Studium solcher selbständiger Randwucherungen liefert den zwingenden Beweis, daſs das Epithel primär, ohne wesentliche Beteiligung des Bindegewebes, carcinomatös entarten und ohne vorherige Absprengung, ohne Lösung aus

dem Verbande des Organismus kontinuierlich in die Tiefe wuchern kann. Die Bindegewebsveränderungen beim Carcinom haben keinen einheitlichen Charakter; sie sind den Epithelialveränderungen zum Teil subordiniert, zum Teil aber auch koordiniert. Ein multicentrisches Carcinom entspricht vollkommen einer Gruppe primärer multipler Carcinome; zwischen diesen beiden Carcinomformen besteht keine scharfe Grenze. Als Rezidiv kommt bei dem unicentrischen Carcinom nur das direkte (kontinuierliche), bei dem multicentrischen dagegen auch das indirekte (regionäre) in Betracht. Von dem Carcinom kann eine deutliche Reizwirkung auf die Umgebung ausgehen; fällt dieser Reiz fort, so kann dadurch die Entwickelung weiterer Nebenherde in der Umgebung gehemmt werden. Carcinomherde können in beschränktem Umfange sich rückbilden und sogar ausheilen. Nach Histogenese und Morphologie kann das Carcinom grofse Ähnlichkeit zeigen mit entwickelungsgeschichtlichen Vorgängen, bezüglich der Ätiologie neigt der Verfasser daher zur Ansicht, dafs das Carcinom keine parasitäre, sondern eine rein „celluläre" Erkrankung ist.

Der interessanten Arbeit sind zahlreiche instruktive Abbildungen beigegeben, u. a. die Abbildung der vier Plattenmodelle. *Götz-München.*

Über den Aufbau des Carcinoms und seine plastische Darstellung, von Walther Petersen-Heidelberg. (*Virchows Arch.* 1901. 164. Bd.) Erwiderung auf einen in *Virchows Archiv* veröffentlichten Artikel Hausers. Die kurze Mitteilung enthält aufser einer persönlichen Auseinandersetzung mit Hauser einen Hinweis auf die Methoden, Zwecke und Resultate der vom Verfasser vorgenommenen Untersuchungen von Hautcarcinomen. *Götz-München.*

Cancer oris (Unna) und dessen gewöhnliche Komplikationen, von R. Cameron-Cardiff. (*Lancet.* 21. Dezbr. 1901). Bericht über 2 Fälle: I. Mädchen von 3 Jahren, erkrankte im Anschlufs an Masern in charakteristischer Weise an beiden Wangen; besonders zu bemerken war die bläulich-grüne Farbe des Eiters. Tot erfolgte 20 Stunden nach der Aufnahme.

II. 46jährige Frau, Alkoholistin mit Lungenemphysem. Tod 2 Tage nach der Aufnahme. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Im Verein der Ärzte in Halle a. S. (Sitzung vom 23. Okt. 1901. Nach *Münch. med. Wochenschr.* 1901, No. 51, und 1902, No. 1.) hielt Leser einen Vortrag **über ein die Krebskrankheit beim Menschen häufig begleitendes, noch wenig gekanntes Symptom.** Leser giebt an, dafs das Auftreten multipler, kleiner und kleinster Angiome in der Hautdecke eine sehr häufige Begleiterscheinung des Carcinoms ist. Es handelt sich um nadelstich- bis linsengrofse, hellrote bis blaurote, leicht prominente Geschwülstchen, die auf Fingerdruck nicht verschwinden, gegen die umgebende Haut scharf abgegrenzt sind, sich mit Vorliebe am Rumpfe, seltener an den Extremitäten, fast niemals an den Händen und Füfsen etablieren und nach dem makro- und mikroskopischen Befunde als Angiome anzusprechen sind. Solche Angiome nun fand Leser in verschieden grofser Anzahl, zwischen 18 und 58 in den einzelnen Fällen, bei nahezu allen daraufhin untersuchten Carcinomkranken, gleichviel in welchem Alter dieselben standen. Bei gesunden, bezw. nicht an Carcinomen erkrankten Menschen kommen solche Angiome ebenfalls vor, aber nur in viel selteneren Fällen, in viel spärlicherer Anzahl und nur im späteren Lebensalter, fast ausschliefslich nach dem 50. Lebensjahre. Nach Lesers Überzeugung mufs daher „den im relativ frühen Alter und in verhältnismäfsig grofser Anzahl auftretenden Angiomen der Hautdecke ein diagnostischer Wert bei der Diagnose Carcinom beigemessen werden". — In der Diskussion über diesen Vortrag bekennt sich Genzmer zu der Ansicht, dafs die sehr

häufig vorkommenden Angiome mit dem Carcinom nur insoweit zu thun haben, als sie das äufsere Zeichen für eine gewisse Schwäche des Körpers, für eine rückläufige Entwickelung der Gewebe seien, die durch die verschiedenartigsten Ursachen bedingt sein könne. Angiome der beschriebenen Art finden sich auch bei anderen Geschwülsten, insbesondere aber bei fast allen Menschen in vorgerücktem Alter. Lesser betont auf eine diesbezügliche Frage nochmals, dafs er die Angiome auch bei jugendlichen Carcinomkranken konstatiert hat. *Götz-München.*

Über Angiome und ihren Zusammenhang mit Carcinomen, von Gebele-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1902. No. 4.) Angeregt durch die Mitteilung Lessers, der auf Grund seiner Beobachtungen den im relativ frühen Alter und in verhältnismäfsig grofser Anzahl auftretenden Angiomen der Haut einen diagnostischen Wert bei der Diagnose Carcinom beimifst, hat der Verfasser 21 Krebskranke und 200 anderweitig Kranke auf das Vorhandensein von Angiomen untersucht. Dabei hat sich ergeben, dafs das Auftreten von Angiomen diagnostisch nicht verwertet werden kann; denn sie fehlen in nahezu der Hälfte der Carcinomfälle, während sie andererseits bei einem grofsen Prozentsatz von anderweitig Erkrankten und auch bei jugendlichen, gesunden Menschen, besonders bei blonden Individuen zu konstatieren sind. Die kleinen Geschwülstchen scheinen eine Gewebsschwäche, wie sie im Alter physiologisch ist, zum Ausdruck zu bringen. Sie stellen physiologische Degenerationsprodukte dar, deren häufiges Zusammentreffen mit einer Alterskrankheit, wie dem Carcinom, leicht verständlich ist. *Götz-München.*

Präcarcinomatöse Keratose, wahrscheinlich hervorgerufen durch X-Strahlen, von James C. Johnston-New York. (*Philad. med. Journ.* 1. Febr. 1902.) Bei einem Arzt, der seit 4—5 Jahren mit Röntgenstrahlen arbeitete, wurde die Haut auf dem Rücken beider Hände rot, trocken, leicht schuppend und mäfsig juckend, und es entwickelten sich ungefähr 20 derbe, hornige Wucherungen, besonders auf den Fingern und an der Palmargrenze. Sie begannen mit einer höchstens stecknadelkopfgrofsen Verdickung, die sich in der Mitte leicht über das Hautniveau erhob, an der Peripherie allmählich abfiel. Die Neubildung war sehr hart, glänzend, durchscheinend, perlenartig, und wuchs bis zu einem Durchmesser von $^3/_8$ Zoll. Die gröfseren Horngebilde hatten im Centrum eine kleine, rauhe, dunkle Delle, wo die Hornsubstanz weggebröckelt war; sie überragten die Haut um etwa $^1/_8$ Zoll und waren von einem leicht geröteten Hof umgeben. Histologisch fand sich im Anfangsstadium bei geringer Entzündung der Cutis die Epidermis in allen ihren Schichten um das Vierfache der Norm verbreitert, die interpapillären Leisten verlängert und verbreitert, im vorgeschrittenen Stadium aufserdem das Chromatin der basalen Lagen und die mitotischen Figuren beträchtlich vermehrt, die Basalmembran durchbrochen, nebst Infiltration des anstofsenden Corium. Die Epithelzellen lagen in Strängen und kleinen Haufen zwischen dem Bindegewebe, ohne jedoch eigentliche Nester zu bilden. Nach der Excision eines Knotens erwies sich mikroskopisch, dafs ein Teil des Epithelioms in der Haut zurückgelassen war; diese Wunde heilte denn auch erst nach Applikation einer Arsenpaste. Das früheste Stadium derselben Affektion glaubt Verfasser bei einem anderen mit Röntgenphotographie beschäftigten Patienten gesehen zu haben. Hier zeigte sich auf beiden Handrücken ein leichtes Erythem, das auf Druck ohne Pigmentation verschwand und langsam zurückkehrte, ferner hier und da durchscheinende, fest anhaftende Schuppen. Verfasser möchte die Affektion von den eigentlichen Röntgenverbrennungen trennen und sie zu jenen Keratosen rechnen, die als Vorkrankheiten des Carcinoms gelten, wie Leukoplacia oris, Verruca seborrhoica,

Krauroris vulvae, Schornsteinfeger- und Paraffindermatose etc. Er empfiehlt demgemäfs vollkommene Excision und folgende Transplantation.

Max Levor-Hamburg.

Ein mit Röntgenstrahlen behandelter Fall von rezidivierendem Carcinom, von G. B. Ferguson-Cheltenham. (*Brit. med. Journ.* 1. Febr. 1902.) Verfasser ist mit dem Erfolg an diesem ulcerierten Krebs (am Manubrium sterni) sehr zufrieden, obgleich die dabei bestehende Drüseninfiltration noch ein weiteres Rezidiv befürchten läfst. Auch bei einem Fall von Ulcus rodens war die Wirkung eine gute.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Behandlung eines Falles von Ulcus rodens mit X-Strahlen, von John R. Levack-Aberdeen. (*Scott. Journ.* Febr. 1902.) Das grofse Geschwür an der rechten Schläfe eines 72jährigen, das seit 5 Monaten bestand, wurde 8 Wochen hindurch täglich, während der nächsten 2 Wochen einen Tag um den andern 2 Minuten lang bestrahlt. Mäfsige Steigerung der Sekretion, sonst keinerlei Reaktion. Das Geschwür füllte sich langsam mit Granulationen, bis das Niveau der umgebenden Haut erreicht war, dann überhäutete es sich. Sechs Monate später kein Rezidiv.

Max Levor-Hamburg.

Ein Fall von Ulcus rodens auf dem Boden eines Lupus, von Duhot. (*Ann. policlin. Centrale.* 1901. No. 12.) Ein Mann hatte, 33 Jahre alt, an einem Lupus der Schläfengegend in Form einer abgeplatteten, weichen Knotenbildung gelitten; Heilung nach Thermokauterisation. Mehrere Jahre später traten zwei rote Flecke auf, der eine davon auf der alten Narbe, der andere in der Nähe, die nach kurzer Zeit ulcerierten und das Bild des Ulcus rodens boten. Eine Operation hatte nur ein noch beschleunigteres Wachstum nach Umfang und Tiefe zur Folge. Die mikroskopische Untersuchung erwies den epithelialen Charakter der Ulcerationen. Verfasser fafst die klinischen Merkmale des Ulcus rodens zusammen und glaubt besonders die Vorliebe der Lokalisation in der oberen Gesichtshälfte betonen zu sollen.

A. Loewald-Graudenz.

Die Behandlung epithelialer Hautkrebse und nichtparasitärer Sycosis mit X-Strahlen, von J. F. Rinehart-Oaklang. (*Philad. med. Journ.* 1. Febr. 1902.) In 4 Fällen von flachem Hautcarcinom und einem Falle von Sycosis non parasitaria wurde mit X-Strahlen vollkommene Heilung innerhalb weniger Wochen erzielt, bei der Sycosis unter Verlust aller Haare der befallenen Oberlippe. Verfasser vermutet, dafs eine elektrolytische Wirkung der Strahlen mit in Betracht kommen müsse.

Max Levor-Hamburg.

b. *Benigne.*

Ein Fall von Fibroma molluscum, von M. B. Hartzell-Philadelphia. (*Amer. Journ. Med. Scienc.* Febr. 1902.) Derselbe betraf ein 26jähriges Mädchen, das körperlich gut, geistig mangelhaft entwickelt war. Die Tumoren sollen sich sehr bald nach der Geburt eingestellt haben; sie hatten Hanfkorn- bis Taubeneigröfse und bestanden histologisch aus einem in der Mitte kompakten, an der Peripherie lose angeordneten Fasergewebe. Es fanden sich Mastzellen in erheblicher Zahl und viele runde und spindelförmige, intensiv sich färbende Kerne, welche an der Peripherie des Tumors wesentlich gröfser waren als im Centrum. Die Epidermis war intakt, nur waren die interpapillären Fortsätze des Rete mucosum am Centrum der Geschwülste grofsenteils verschwunden infolge der Abplattung der darunter liegenden Papillarschicht des Coriums.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Ein Fall von multiplen Dermatomyomen, von JAMIN. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* Bd. 70, Heft 5 u. 6.) Verfasser giebt eingehend die Krankengeschichte eines an multiplen Dermatomyomen erkrankten 42jährigen, sonst gesunden Mannes. Die ersten Tumoren traten im 17. Lebensjahre auf; allmählich bildeten sich immer mehr, besonders am rechten Unterschenkel, im 27. Jahre begann die Haut zu schmerzen, und jetzt sind es besonders die in kurzen Pausen auftretenden Schmerzanfälle, die den Mann entsetzlich peinigen; eine Besserung des Zustandes wurde nicht erzielt. Verfasser beschreibt den mikroskopischen Befund eines excidierten Tumors und verbreitet sich eingehend über die Pathogenese der Erkrankung. Er kommt zu dem Schlusse, dafs die multiplen Dermatomyome nur theoretisch gutartige Geschwülste sind; die charakteristischen Schmerzanfälle sind gegen jede Therapie hartnäckig. Man wird daher schon im frühen Stadium der Erkrankung die Excision der Tumoren vornehmen müssen, um dadurch der immer möglichen weiteren Entwickelung vorzubauen.

F. Hahn-Bremen.

Zur Pathogenese und Therapie des Keloids, von E. GOLDMANN-Freiburg i. Br. (*Beitr. f. klin. Chir.* Bd. XXXI, Heft 3.) Die sorgfältige ausführliche Untersuchung G.s ergeben, die Keloidbildung ist ausgezeichnet durch die Entstehung eines derben Bindegewebslagers, das aus dicken, kollagenen Bündeln besteht, die von langen Spindelzellen eingesäumt sind und eng zusammengepreſste Kapillaren zwischen sich fassen. Dieses Bindegewebsgerüst geht aus einem zell- und gefäfsreichen Keimgewebe hervor, das histologisch von dem jungen Narbengewebe in nichts unterschieden ist. Das Keloid liegt in der retikulären Cutisschicht. Im Bereiche der Keloidfasern fehlen Haare, Haarbalgdrüsen und vor allem elastische Fasern. Schon in den ersten Monaten fängt eine Regeneration von elastischen Fasern in der über dem Keloid gewucherten Papillarschicht an. Diese Regeneration schreitet bis zum zweiten Jahre nach der Keloidbildung fort.

Entgegengesetzt der bisherigen Ansicht, dafs das Keloid ein Noli me tangere sei, hat G. durch Exstirpation des Keloids und sofortige Transplantation des Defekts nach THIERSCH ein Rezidiv verhindert. Die Hautpfröpflinge müssen auf die frische Wunde gesetzt werden und möglichst dünn, gleichmäfsig und breit sein, die Ränder des Defekts sind dachziegelförmig zu decken. Der volle kosmetische Erfolg springt erst nach 4—5 Monaten ins Auge. Die Resultate ermutigen zur Nachprüfung.

Bernhard Schulze-Kiel.

Die narbenerweichende Wirkung des Thiosinamins, von LUDWIG TELEKY-Wien. (*Centralbl. f. d. Grenzgebiete d. Medizin u. Chir.* Bd. IV, Heft 1. 1901.) Sammelreferat über die bisher erschienene Litteratur über Thiosinamin.

Götz-München.

Über Keratosis nigricans (Acanthosis nigricans, Dystrophie papillaire et pigmentaire), von SIEGFRIED GROSZ. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1902. No. 5.) Aus den in der Litteratur niedergelegten 26 Fällen von Keratosis nigricans, welche KAPOSI der Bezeichnung Acanthosis nigricans vorzieht, geht hervor, dafs ein bestimmtes ätiologisches Moment für das Leiden nicht bekannt ist. Ein Teil der Fälle, die juvenile Form, begann in frühester Kindheit, andere begleiteten Störungen des Magen-Darmtractus oder maligne Tumoren. Bei einem Falle von SPIETSCHKA schwand die Hautanomalie nach operativer Entfernung eines malignen Deciduoms. Weder als Autointoxikation noch als Folge eines das sympathische Geflecht treffenden Druckes ist das Leiden aufzufassen. — Verfasser teilt einen Fall mit, der eine 58 Jahre alte Frau betrifft, die an Uteruscarcinom zu Grunde ging. Aus dem histologischen Befunde sei nur die Anhäufung von Pigment in den Lymphdrüsen hervorgehoben; das Pigment ist fast durchweg in Zellen eingeschlossen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

c. *Pigmentanomalien.*

Über Acanthosis nigricans, von J. Rille-Innsbruck. (*Heilkunde.* Nov. 1901.) Diese seltene, von Unna und Politzer zuerst beschriebene Krankheit ist charakterisiert durch eine vorwiegend regionäre und symmetrische Pigmentation und papillare Hypertrophie. Die hauptsächlichsten Lokalisationsstellen sind Hals und Nacken, die Umgebung der Brustwarze und des Nabels, Anus und Genitale, die grofsen Gelenkbeugen, Hände und Füfse. R. beschreibt dann genau die Einzelerscheinungen und schildert das bisher bekannte, über die Ätiologie und die anatomischen Veränderungen (starke Wucherung des Papillarkörpers, hochgradige Hypertrophie der Stachelschicht, Atrophie der Körnerschicht, Fehlen des Stratum lucidum). Therapeutisch läfst sich gegen das Leiden, abgesehen von eventueller operativer Beseitigung der öfters gleichzeitig vorhandenen Neoplasmen (Carcinom u. s. w.) nichts erreichen. Ein von Rille genau beobachteter Fall schildert das Bild der seltenen Krankheit.

Bernhard Schulze-Kiel.

Über Morbus Addisonii, von J. Bruns-Heidelberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1902. No. 4.) Nach einigen einleitenden Bemerkungen, die den heutigen Stand unserer Anschauungen bezüglich der Funktion der Nebennieren und des Wesens der Addisonschen Krankheit darlegen, berichtet der Verfasser über zwei von ihm beobachtete, typische Fälle von Morbus Addisonii. Der eine Fall kam nach einer Krankheitsdauer von ca. $^3/_4$ Jahren unter stürmischen gastrointestinalen Erscheinungen, unstillbarem Erbrechen und terminalen Delirien sehr rasch ad exitum. Die Sektion ergab beiderseitige Nebennierentuberkulose; die Leber war durchsetzt von Pigmentablagerungen, die sich im Centrum der Anini befanden und keine Eisenreaktion gaben; am Vagus, Lympathicus und Plexus saccalis liefs sich nichts Abnormes nachweisen. Der zweite, chronisch verlaufende Fall, in dem die Krankheit vor ca. 5 Jahren begonnen hatte, entzog sich, wesentlich gebessert, nach mehrmonatlicher Behandlung der Beobachtung.

Die von verschiedenen Forschern vorgenommenen Tierexperimente haben bekanntlich erwiesen, dafs das Blut von Tieren, bei denen die Nebennieren exstirpiert worden sind, giftig ist. Neusser wirft deshalb die Frage auf, ob nicht auch das Blut von nebennierenkranken Menschen derartige Giftwirkungen aufweist und ob wir nicht in diesen toxischen Eigenschaften des Blutes von nebennierenkranken Menschen ein empfindliches, diagnostisches Reagens besitzen. Der Verfasser hat nun das Blut seines zweiten Kranken bezüglich der Giftwirkung auf Frösche, bei denen die Nebennieren entfernt worden waren, untersucht. Diese Versuche haben eine wesentliche Differenz zwischen der Toxinität des von dem Kranken stammenden Blutes und der Toxinität normalen Blutserums nicht ergeben. Allerdings war bei diesem chronisch verlaufenden Falle eine sehr starke toxische Wirkung von vornherein nicht sicher zu erwarten, da der Patient selbst keine Zeichen schwerer Autointoxikation darbot.

Götz-München.

Einige Untersuchungen über den Stoffwechsel in einem typischen Falle von Addisonscher Krankheit, von Marchetti und Stefanelli. (*Rivista critica di Clinica medica.* 1902. No. 45.) Die Untersuchungen ergaben folgendes Resultat: Der Urin enthielt niemals abnorme Bestandteile. Zur Erlangung des organischen Gleichgewichtes genügte eine spärliche, an Stickstoff arme Kost mit einer Anzahl von Kalorien, die weit unterhalb derjenigen stand, welche ein gesundes Individuum von demselben Alter und demselben Körpergewicht benötigt. Die Intensität der Oxydationsprozesse war bedeutend vermindert. Auf diesen letzteren Umstand ist auch

die Leichtigkeit zurückzuführen, mit der derartige Patienten sich in Stoffwechselgleichgewicht erhalten. Dieser Befund stimmt mit den Ergebnissen der Untersuchungen von SETTI und CAPOBALI überein. *C. Müller-Genf.*

Hautmelanose bei Pankreaserkrankungen. Zusammenfassendes kritisches Referat von WILHELM MAGER-Brünn. (*Centralbl. f. d. Grenzgebiete d. Med. u. Chir.* 1901. Bd. IV. No. 9.) Die Beobachtungen bezüglich des Zusammenvorkommens von Pankreasaffektion und Hautpigmentation teilt Verfasser in 3 Kategorien ein:

A. Fälle, bei welchen Hautpigmentation bei Erkrankung des Pankreas allein vorhanden war;

B. Fälle, bei welchen Hautpigmentation sich bei einer Affektion des Pankreas und Erkrankung anderer Organe vorfand;

C. Fälle, bei denen intra vitam Zuckerausscheidung vorhanden war, sich aber bei der Nekropsie keine Erkrankung des Pankreas vorfand.

Eine kritische Durchsicht der bisherigen Beobachtungen führt den Verfasser zu folgenden Schlufssätzen:

1. Die Hautpigmentation ist nicht durch eine bestehende Affektion gerade des Pankreas hervorgerufen, sondern ist eine Erscheinung der allgemeinen Hämochromatose (RECKLINGHAUSEN) infolge Kachexie.

2. Ein Teil der beim Diabète bronzé gefundenen Pankreasveränderungen — die Pigmentcirrhose des Pankreas — ist sekundärer Natur, ebenfalls, sowie etwaige Pigmentcirrhosen der Leber, durch die Hämochromatose bedingt.

3. Die Hämochromatose ist durch die schwere Alteration des Blutes hervorgerufen, wie sie entweder das maligne Neoplasma oder die Stoffwechselstörung der Diabetes, im Gefolge haben.

4. Der Diabète bronzé ist keine Krankheit für sich, sondern nur eine schwere Form des Diabetes, bei welcher es eben zu allgemeiner Hämochromatose mit deren Folgezuständen kommt. Da damit kein klinisch und anatomisch charakteristisches Krankheitsbild gegeben ist, wäre der Name bronzierter Diabetes (Diabète bronzé) fallen zu lassen. *A. Loewald-Graudenz.*

Über Pigmenthypertrophien und -Atrophien der Haut in Verbindung mit perniciöser Anämie (ein Beitrag zur Kenntnis der Vitiligo), von ALFRED v. DECASTELLO. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1901. No. 52.) An der Hand selbstbeobachteter und fremder Fälle kommt Verfasser zu folgenden Schlüssen: Es giebt Fälle von perniciöser Anämie, die mit einer in den einzelnen Fällen verschieden stark ausgesprochenen Anomalie der Pigmentverteilung und Anhäufung in der Haut einhergehen, die sich mehr oder minder deutlich als Vitiligo darstellen. — In manchen Fällen ist dieselbe durch die spinalen Sensibilitätszonen entsprechende Form und Anordnung der affizierten Stellen deutlich als von einer Alteration von centralen Nervenapparaten abhängig charakterisiert. — Die Entwickelung dieser Affektion kann dem Ausbruch der Anämie um viele Jahre vorausgehen. Dies scheint meist der Fall zu sein. Sie kann mit derselben zeitlich zusammenfallen. Endlich liegt eine Beobachtung vor, bei der sich die Hautveränderung erst während der Besserung der Anämie entwickelte, um später wieder zurückzugehen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Pigmenthypertrophien und -Atrophien der Haut in Verbindung mit perniciöser Anämie (ein Beitrag zur Kenntnis der Vitiligo), von ALFRED v. DECASTELLO. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1901. No. 52.) Drei interessante Fälle perniciöser Anämie werden mitgeteilt; 1. Eine 59jährige Patientin. Im Gesicht, am Rumpf und an den Extremitäten finden sich schmutzig-braune, symmetrisch angeordnete Pigment-

flecke, deren Entstehung schon vor 30 Jahren bemerkt sein soll. Einzelne pigmentiert gewesene Stellen haben sich wieder aufgehellt. Die Verbreitung der Pigmentierungen entspricht der Ausbreitung der Nerven, wie ein Vergleich mit den von HEAD festgestellten spinalen Segmenten entsprechenden Sensibilitätszonen ergiebt. 2. Eine 43jährige Patientin mit perniciöser Anämie und sehr ausgegehnten Pigmentierungen, von denen nur einige Stellen an Bauch und Rücken frei sind, 3. Eine 45jährige Patientin mit Morbus Basedowii und hochgradiger Anämie. Die sonst bleiche Hautdecke zeigt symmetrische Pigmentierungen, die früher ausgedehnter gewesen sein sollen. — Verfasser schliefst aus seinen Fällen und den in der Litteratur vorhandenen folgendes: Es giebt Fälle von perniciöser Anämie, die mit einer, in den einzelnen Fällen verschieden stark ausgesprochenen Anomalie der Pigmentverteilung und Anhäufung in der Haut einhergehen, die sich mehr oder minder deutlich als Vitiligo darstellen. — In manchen Fällen ist dieselbe durch die den spinalen Sensibilitätszonen entsprechende Form und Anordnung der affizierten Stellen deutlich als von einer Alteration von centralen Nervenapparaten abhängig charakterisiert. — Die Entwickelung dieser Affektion kann dem Ausbruch der Anämie um viele Jahre vorausgehen. Dies scheint meist der Fall zu sein. Sie kann mit derselben zeitlich zusammenfallen. Endlich liegt eine Beobachtung vor (IMMERMANN), bei der sich die Hautveränderung erst während der Besserung (Remission?) der Anämie entwickelte, um später wieder zurückzugehen. (Unter „Vitiligo" versteht man ein scheckiges Aussehen der Haut, bedingt durch Pigmentschwund; da es sich hier meistens um Hyperpigmentierung handelt, paſst die Bezeichnung nicht. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Regressive Ernährungsstörungen.

Lymphangiektasien des Mundes (Varicen der Lymphgefäfse) und fibrinös-verhornte Wucherungen infektiösen Ursprungs, von CHOMPRET und B. DE NÉVRAZÉ. (*Rev. de Stomatologie.* Nov. 1901.) Bei einer 26jährigen Kranken, der wegen einer frischen Lues ins Spital gekommen war, konstatierten die Verfasser neben einer starken Caries fast sämtlicher Zähne, leichtem Aufgedunsensein der rechten Gesichtshälfte und beträchtlichem Ödem der Lippen auf der Schleimhaut der Lippen und der rechten Wange zahlreiche, miliare, zum Teil isoliert stehende, zum Teil zu Gruppen vereinigte Bläschen mit durchsichtigem Inhalt; dieselben waren mit einem transparenten Schuppchen bedeckt, nach dessen Entfernung Lymphe in reichlicher Menge ausfloſs. Es handelte sich, wie die Untersuchung ergab, um Lymphangiektasien; dieselben waren vor 8 Jahren im Anschluſs an ein Erysipel der rechten Gesichtshälfte entstanden. Die Kranke erhielt wegen ihrer Lues 15 Injektionen von je 0,01 Hydrargyrum cyanatum, welche die spezifischen Erscheinungen rasch und vollständig zum Verschwinden brachten. Gleichzeitig aber entstand, ohne daſs eine Stomatitis aufgetreten wäre, im Centrum der auf der Lippenschleimhaut befindlichen Bläschen ein undurchsichtiger Punkt und im Verlaufe von 8 Tagen bildeten sich auf diesen Bläschen zapfenförmige, 3—4 mm hohe, verhornte Wucherungen. Nach Beendigung der Quecksilberbehandlung begannen die Vegetationen sich zurückzubilden, um alsbald ganz zu verschwinden; die Bläschen wurden wieder vollständig durchsichtig. Wiederholung der Quecksilberinjektionen bewirkte ein abermaliges Auftreten der Wucherungen. Die histologische Untersuchung derselben ergab folgenden Befund: im Centrum, von Fibrin umschlossen, weiſse Blutkörperchen, an der Peripherie, ebenfalls von Fibrin umschlossen, zahlreiche Mikrobienkolonien, insbesondere Staphylokokken, daneben aber auch Streptokokken, ganz aufsen endlich Soorpilze. Es handelte sich

demnach um einen infektiösen Prozefs in der durch die Quecksilberverabreichung in ihrer Widerstandsfähigkeit beeinträchtigten Mundschleimhaut: die pathogenen Elemente hatten die erweiterten Lymphgefäfse infiziert und die Entstehung der fibrinösverhornten Wucherungen verursacht. — Die Verfasser haben bei der Kranken, die schon verschiedentlich, insbesondere mit Kauterisationen, erfolglos behandelt worden war, alle Zahnwurzeln und cariöse Zähne entfernt; einen Monat nach dieser Operation war schon eine Verkleinerung der Bläschen und ein Verschwinden aller infektiösen Erscheinungen zu konstatieren. — Was die Pathogenese der Lymphangiektasien betrifft, so neigen die Verfasser zu der Ansicht, dafs es sich dabei um die Folge einer Infektion handelt. Im vorliegenden Falle war die Streptokokkeninfektion, die das Erysipel verursacht hatte, auch die Ursache der Lymphangiektasien.

Götz-München.

Die chirurgische Behandlung der Varicen. Verfasser nicht genannt. (*Journ. d. pratic.* 1901. No. 52.) Kurzgefafste Bemerkungen über die chirurgische Behandlung der Varicen, id est die einfache Venenligatur, die Durchschneidung der Venen zwischen zwei Ligaturen und die Venenresektion. Die kleine Mitteilung enthält nichts neues. *Götz-München.*

Über Behandlung der Hämorrhoiden mittels Arsonvalisation, von Stembo. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1902. No. 8.) Angeregt durch die Versuche Donnebs, hat Verfasser Patienten mit Hämorrhoidalbeschwerden mittels Wechselströmen von hoher Spannung behandelt. Ein Pol der sekundären Spirale des Transformators wird zur Erde geleitet, der andere als zugespitzte Elektrode in den Anus eingeführt; die Sitzung dauert drei Minuten und verursacht keine Schmerzen, nur etwas Wärmegefühl. Er ist mit den Erfolgen recht zufrieden, in frischen Fällen ist das Leiden mit wenigen Sitzungen beseitigt, in chronischen Fällen mufs man die Behandlung etwa zwei Monate lang festsetzen. *F. Hahn-Bremen.*

Über Hämorrhoiden im Kindesalter und über das Wesen der Hämorrhoidalaffektion überhaupt, von G. Reinbach-Breslau. (*Allg. med. Centralstg.* 1901. No. 96.) In der v. Mikuliczschen Klinik wurde ein Fall von Hämorrhoiden bei einem $3^1/_2$-jährigen Jungen beobachtet und operiert. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dem makroskopischen Befunde entsprechend, den typischen Bau eines kavernösen Angioms. Dieser Fall ist eine neue Bestätigung für des Verfassers frühere Untersuchungen, aus denen er den Schlufs gezogen hatte, dafs es sich bei der Hämorrhoidalbildung weniger um die Folgen venöser Stauung oder um entzündliche Vorgänge handelt, sondern um einen aktiven Geschwulstvorgang, dessen wesentliches Moment die Gefäfsneubildung ist (Angioma simplex oder cavernosum).

A. Loewald-Graudenz.

Das Ergrauen des Haares in Bezug auf Erregungszustände; eine anthropologische Bemerkung, von R. Jones-Claybury. (*Lancet.* 1. März 1902.) Ein 53jähriger Paranoiiker mit lebhaften Verfolgungsideen, welche sich aber zur Zeit der vorliegenden Beobachtung schon sehr gemildert hatten, zeigte im Laufe von weniger als 5 Wochen ein vollständiges Weifswerden seines bis dahin höchstens graumelierten, sehr reichlichen Kopf- und Vollbarthaares. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dafs die Haare pigmentlos waren und mit sehr dünner Scheide versehen. Die Faserschichte ist atrophisch und das distale Drittel ist vollständig von minimalen Lufthöhlen durchsetzt, während das mittlere Drittel gleichfalls obschon weniger Luft enthält. Der Markteil ist kleiner als gewöhnlich und zeigt verschiedentlich Varikositäten. Die Haarzwiebel ist klein, atrophisch und fast vollständig von der Wurzelscheide abgelöst. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein ausgedehnter Fall von Vitiligo, von HENRY NORRIS-Philadelphia. (*Univ. Pennsylv. Med. Bull.* Febr. 1902.) Ein jetzt 56jähriger Neger, der stets als Plantagenarbeiter im Freien beschäftigt war, bekam in seinem 18. Lebensjahre unter dem linken Knie und am linken Daumen zwei kleine Flecke von lichterer Hautfärbung, die allmählich immer heller wurden. Andere Flecken folgten am übrigen Körper. Jetzt sind beide untere Extremitäten bis zum Rumpf vollkommen weifs. Die befallenen Partien des Bart- und Haupthaares sind scharf gegen die Umgebung abgegrenzt, diejenigen der unbehaarten Haut sind nicht sonnverbrannt. Subjektive Symptome fehlen.

Max Levor-Hamburg.

Die Behandlung der Alopecia areata mit Jodkollodium, von J. TOUBERT. (*Arch. de méd.* Mai 1900.) Verfasser empfiehlt nach CHATELAIN folgendes Vorgehen bei Alopecia areata: Kurzschneiden der Haare. Waschen des Kopfes mit Seife, dann mit Liquor VAN SWIETEN. Sorgsames Abtupfen der kranken Stellen mit hydrophiler Watte. Hierauf Auflegen eines dünnen Wattebausches, getränkt mit Jodkollodium (Jodit. Collodii elastici). Derselbe bleibt 4—5 Tage liegen. Dann Entfernung der Kruste mit Alkoholäther und neues Auflegen der Jodkollodiumwatte. Bei Nachschüben 4—5maliges Auflegen (15—25 Tage) und dann Abreifsen der neuen Härchen mit der Kollodiumlage. Die Gesamtdauer der Behandlung beträgt 3 Wochen bis 3 Monate.

Hopf-Dresden.

Ein Fall von Lupus erythematosus, welcher durch Anwendung der Röntgenstrahlen geheilt wurde, von WOODS. (*The American Journal of Medical Sciences.* Dez. 1901.) Es handelt sich um eine 32jährige Patientin, bei der sich etwas aufserhalb des rechten Mundwinkels eine Plaque von Lupus erythematosus vom Durchmesser eines halben Dollars entwickelt hatte. Es wurde die Elektrotherapie unter Anwendung der X-Strahlen begonnen, wobei das Gesicht bis auf eine kleine V-förmige Öffnung mit einem Bleiblatte bedeckt wurde. Es wurden wöchentlich zwei Sitzungen gehalten von 10 Minuten Dauer. Die Entfernung der zu behandelnden Hautstelle von der Röhre betrug 18 cm und die RUHNKOFFsche Spule jeweilen mit einem Strome von circa 11 Volt geladen. Bereits nach der zweiten Sitzung wurde eine merkliche Besserung konstatiert und nach 6 Sitzungen wurde eine weitere Behandlung für unnötig gehalten.

C. Müller-Genf.

In der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden (Sitzung vom 28. September 1901. Nach *Münch. med. Wochenschr.* 1901. No. 49) stellte PUSINELLI einen Kranken mit **diffuser Sklerodermie** vor. Der Prozefs hatte vor $^3/_4$ Jahren, angeblich nach einer Erkältung, mit Schmerzen und Schwellung an den Händen begonnen und allmählich die ganze Körperoberfläche mit Ausnahme der Haut des Rückens und der Genitalien ergriffen. Daneben hatte der Kranke eine chronische Endocarditis. Im Verlaufe der Behandlung trat überdies noch eine schwere parenchymatöse Nephritis hinzu. Die Hautaffektion wurde durch die bisherige Behandlung, bestehend in Anwendung warmer Bäder, Massage, BIERscher Stauung und Verabreichung von Aspirin, fast gar nicht beeinflufst. Der Kranke erhält jetzt Thiosinamineinspritzungen. Der Prozefs hält sich in diesem Falle an die unter der Haut gelegenen Bandapparate, Fascien und Sehnenscheiden und hat die Faserumhüllungen der Muskeln ergriffen, wodurch dieselben wie eingeschnürt erscheinen und atrophieren. Was die Ätiologie betrifft, so handelt es sich hier wahrscheinlich um eine rheumatische Affektion; dafür sprechen insbesondere auch die Endocarditis und die Nephritis.

In der Diskussion berichtete GALEWSKY über 2 Fälle von Sklerodermie en plaque und einen Fall von diffuser symmetrischer Sklerodermie, die alle drei mit

Thiosinamininjektionen nach Neisserscher Vorschrift behandelt wurden: ein Fall von Sklerodermie en plaque wurde geheilt, die beiden anderen Fälle wesentlich gebessert. Werther hat in einem seit 10 Jahren bestehenden Fall von Sklerodaktylie mit heifsen Sandbädern, Massage, Einreibung 5%iger Salicylsalbe und Thiosinamininjektionen nur eine ganz geringe Besserung erzielt. *Götz-München.*

Sklerodermia und Sklerodaktylie, von B. Sachs-New York. (*Philad. med. Journ.* 8. Febr. 1902.) Die jetzt am meisten acceptierte Lewin-Hellersche Auffassung des Skleroderma als einer Angiotrophoneurose schliefst nicht aus, dafs die Erkrankung der trophischen Centren ihrerseits wieder durch irgend eine andere organische oder funktionelle Störung oder eine toxische Ursache bedingt ist. Die bemerkenswerte Besserung, die Verfasser wiederholt mit Thyreoid erzielt hat, läfst, wenigstens für einzelne Fälle, in der ungenügenden Funktion der Schilddrüse ein ätiologisches Moment vermuten. — Charakteristischer als das oft angeführte „maskenartige" Gesicht sind für die Affektion die eingesunkenen Wangen, die verschmächtigte Nase und die zurückgewichenen Oberlippen. — In einem der mitgeteilten 6 Fälle, der seit 4 Jahren bestand, erwiesen sich heifse Bäder, Galvanisation, Jod, Ichthyol und anderes ohne jeden Erfolg; Thyreoid brachte die Symptome in kurzer Zeit völlig zurück. So oft es jedoch längere Zeit ausgesetzt wurde, traten Rezidive ein. Daher wird es in kleinen Dosen fast ununterbrochen weitergebraucht, jetzt bereits seit 10 Jahren.

Max Levor-Hamburg.

Sklerodermie, von De Renzi. (*La muova Revista clinico-terapeutica.* 1901. No. 4.) Verfasser giebt zunächst die bekannte Beschreibung der Affektion, die er für trophoneurotischer Natur hält. Therapeutisch empfiehlt er subcutane Injektionen von Thiosinamin und die Elektrotherapie nach der Methode von Brocq.

C. Müller-Genf.

Idioneurosen.

Zur Ätiologie und Therapie des Pruritus vulvae, von Seeligmann. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1902. No. 9.) Verfasser ist in Verfolg seiner Studien über Pruritus vulvae zu der Ansicht gekommen, dafs die Fälle von primärem (oder essentiellem) Pruritus fast stets als mikroparasitäre Lokalinfektion aufzufassen sind. Sie sind streng von der Kraurosis vulvae zu trennen. Den Krankheitserreger, den er leicht und fest in Reinkultur direkt züchten konnte, beschreibt er als einen in Form und Aussehen dem Gonococcus ähnlichen Diplococcus, der sich aber von diesem durch sein kulturelles Verhalten und durch die Färbbarkeit nach Gram unterscheidet. Die Kulturen wurden prompt durch Guajacolvasogen abgetötet, und dasselbe Mittel bewirkte auch bei den Patientinnen eine rasche Heilung des Pruritus. *F. Hahn-Bremen.*

Behandlung des Pruritus ani und Pruritus vulvae mit Strömen von hoher Frequenz, von Leredde. (*Journ. d. pratic.* 1901. No. 49.) Der Verfasser hat drei Fälle von Pruritus ani und einen Fall von Pruritus ani et vulvae mit Strömen von hoher Frequenz behandelt und bei allen vier Kranken, bei denen schon die verschiedensten therapeutischen Methoden ohne Erfolg angewendet worden waren, durch 7—12 Sitzungen von 5—10 Minuten Dauer vollständige und definitive Heilung erzielt. In diesen vier Fällen war keine oder nur ganz geringfügige Lichenifikation vorhanden. In einer Reihe von Pruritusfällen, bei denen hochgradige und alte Lichenifikation bestand, versagten die Ströme von hoher Frequenz vollständig. *Götz-München.*

Über Pruritus senilis linguae, von Egmont Baumgarten. (*Orvosi Hetilap.* 1901. No. 42.) Verfasser bespricht jene Prozesse der Zunge, welche sich als oberflächliche, kaum sichtbare Veränderungen auf derselben zeigen, und welche eine genaue Untersuchung aller Organe erheischen, um auf differential-diagnostischem Wege zu einer Diagnose und zu einer geeigneten Therapie zu gelangen. Zur Untersuchung ähnlicher Zungen zieht Verfasser das Tageslicht mit der Lupe dem künstlichen Lichte vor. Verfasser beschreibt nun zwei Fälle, bei denen eigentliche sichtbare Veränderungen der Zunge nicht zu konstatieren waren, subjektiv aber über heftiges Jucken und Brennen klagten. Speziell bei der einen 68jährigen Patientin war das Jucken und Brennen ein derart heftiges, dafs selbst ihre Nächte gestört waren. Jede Behandlung erwies sich als nutzlos, selbst eine Milderung des Leidens konnte nicht herbeigeführt werden. Verfasser dachte zuerst an eine Neurose, bis er bemerkte, dafs die Kranke auch die Unterschenkel sich kratzte. Bei genauerer Inspektion konnte er aber auf der Haut nichts anderes als Kratzeffekte bemerken, von welchen er auf einen Pruritus senilis schliefst. Aus diesem Befunde glaubt nun Verfasser zu folgern, dafs das Jucken der Zunge der gleiche Prozefs der Haut sein mufs. Die Affektion soll eine sehr seltene sein, diese beiden Fälle beobachtete er unter Tausenden seiner Ambulanz. *A. Alpár-Alexandria.*

Sekretionsanomalien.

Zur Beseitigung des Schweifsfufses durch Tannoform, von Grumme. (*Dtsch. militärärzt. Zeitschr.* 1901. No. 12.) Verfasser hat das Tannoform bei einer grofsen Menge von Soldaten erprobt: es ist in Substanz angewandt ein ganz hervorragendes Mittel zu völliger, gänzlich unschädlicher Beseitigung des Fufsschweifses; nach einmaliger Applikation für 24 Stunden hielt die gute Wirkung 3—4 Wochen an; billiger ist eine Mischung von Tannoform mit Talkum, hält aber weniger lange vor.
F. Hahn-Bremen.

Saprophyten und Fremdkörper.

Studien zur mittelniederdeutschen Parasitologie (Belegquellen für mittelniederdeutsche Parasitologie), von Felix von Oefele-Neuenahr. (*Arch. de parasitol.* Bd. V, No. 1.) Historische Studie, die alle Freunde der Geschichte der Medizin lebhaft interessieren wird. *Götz-München.*

Prähistorische Parasitologie nach Tierbeobachtungen, von Felix von Oefele-Neuenahr. (*Arch. de parasitol.* Bd. V, No. 1.) Während nach Baas die Vorläufer der modernen medizinischen Wissenschaft höchstens bis an die Grenze zwischen Urmensch und Tier zurückzuverfolgen sind, verlegt der Verfasser die Anfänge der praktischen Medizin, d. h. der Therapie und Hygiene in das Tierreich: er betrachtet als Urmedizin die Eigenmedizin der Tiere, die im wesentlichen ein Kampf mit den die Tiere bedrohenden Parasiten ist. Die Anfänge der Medizin wären demnach jene Handlungen der Tiere, durch welche teils zweckbewufst, teils auch nur instinktiv zweckentsprechend Parasiten abgewehrt oder vernichtet werden. Einzelne diesbezügliche Beobachtungen teilt der Verfasser ausführlich mit. *Götz-München.*

Dermatomycosis, von L. Freund. (*Wien. med. Wochenschr.* Dez. 1901.) Ein Kind mit nässendem Kopfekzem erkrankt mit Fieber und heftigen Allgemeinerscheinungen. Auffallend war ein sehr widerlicher Gestank, der von der Patientin ausging. Als Ursache desselben ergaben sich zwei nufsfarbene Krusten, unter denen sich je ein

grofses Loch befand, in dem es von Würmern wimmelte. Die Haut war hier weithin unterminiert, der Schädelknochen blofsgelegt. Es handelte sich um eine Ansiedelung von Sarcophila Wohlfarti. Nach Entfernung der Larven und Desinfektion mit Sublimatlösung heilten die Defekte unter Jodoformgaze in 14 Tagen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über einen Fall von subcutaner Larvenentwickelung beim Menschen, von E. Topsent-Rennes. (*Arch. de parasitol.* 1901. No. 4.) Es handelte sich im vorliegenden seltenen Falle um ein kleines, etwa acht Jahre altes Mädchen vom Lande in der Nähe von Ploërmel. In dieser Gegend findet sich häufig unter der Haut der Kühe das Hypoderma bovis Geer. Die Anwesenheit der dort „Crû" genannten Larve gilt als Zeichen trefflicher Gesundheit des Tieres. Das Kind erkrankte an heftigen Stichen in der Gegend der linken Clavicular gegend und der Scapularregion. Die Empfindungen steigerten sich bis zu lebhaften Schmerzen, die dem Kinde zuweilen das Bewufstsein raubten. Diese Ohnmachtsanfälle wiederholten sich alle halben bis alle vier Tage und dauerten bis zu einer Viertelstunde. Zuerst behandelte der Bauer sein Kind nach eigenem Gutdünken, dann suchte er die Ärzte zu Ploërmel auf, aber ohne jeden Erfolg. Als die Krankheit immer weiter kroch, kam der Vater des Mädchens selbst auf den Gedanken eines unter der Haut sitzenden Schmarotzers. Jetzt fanden sich auch deutlich die Gänge der Larve, die endlich von einer Verwandten der Trägerin mit einer Nadel entfernt wurde. Dieselbe hatte im ganzen einen etwa 64 cm langen Weg unter der Haut zurückgelegt, von der Fossa ingularis zum linken Infraclaviculararraum, über die linke Schulter, tief nach unten biegend über den Rücken zur Hinterfläche des rechten Oberarms, dann schleifenartig wieder zur rechten Schulter und zur Nackengegend. Zoologischerseits bestimmte man den Parasiten als eine Larve im zweiten Stadium von Hypoderma lineata Villers. *Hopf-Dresden.*

Zwei Fälle von Urticaria, hervorgerufen durch die Vogelmilbe (Dermanissus avium), von W. Heinicke-Hubertusburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1901. No. 53.) Der Verfasser beobachtete bei zwei Frauen, Insassinnen einer Heilanstalt, typische, weit über den Körper ausgebreitete Urticaria, die durch den Stich von Vogelmilben verursacht war. Obwohl eine der beiden Frauen wegen einer Nierenaffektion auch tagsüber zu Bette war, traten die Eruptionen bei beiden doch nur während der Nacht auf. Der Grund dafür liegt darin, dafs die Vogelmilben sich ebenso wie die Wanzen bei Tage in Schlupfwinkeln verkriechen, um nachts aus ihren Verstecken hervorzukriechen und sich ein Wohntier zu suchen, an dessen Blut sie sich vollsaugen können. Die Milben stammten von Schwalben, die dicht bei den Zimmern der beiden Kranken nisteten und mit Vogelmilben dicht besät waren. *Göts-München.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 35. No. 3. 1. August 1902.

Über Stypticin.

II. Mitteilung.[1]

Stypticin als lokales Antiphlogisticum.

Von

Dr. R. Kaufmann-Frankfurt a. M.

„Die allgemeinen Desinfektionsmittel behalten nach meiner Meinung ihren aufserordentlich grofsen Wert für das Unschädlichmachen der Infektionsstoffe aufserhalb des lebenden menschlichen und tierischen Organismus. Wo es aber gilt, im Innern desselben die Infektionsstoffe zu treffen, da ist die Aussicht nicht sehr grofs, dafs wir ohne Gefährdung des zu desinfizierenden Individuums unser Ziel erreichen und nur zu lebhaft erinnert ein solches Bestreben oft genug an das Wort: Den Teufel durch Beelzebub austreiben.“ Mit diesem Ausspruch fafst Behring,[2] neben Robert Koch wohl der gröfste Förderer und Mehrer der Desinfektionslehre, das Ergebnis seiner langjährigen mühsamen Untersuchungen auf diesem Gebiete zusammen. Seit diesem Ausspruche des Meisters werden wohl ernsthafte Versuche zur inneren Desinfektion mittelst Antiseptica, d. h. nur die Bakterien tötenden chemischen Agentien, nicht mehr unternommen, vielleicht mit alleiniger Ausnahme der modernen Gonorrhoetherapie, welche uns noch immer jahrein jahraus mit Gonokokken tötenden und dabei „unbegrenzt in die Tiefe wirkenden“ Mitteln beglückt. Das wahre Antigonorhoicum ist allerdings bis jetzt noch nicht gefunden worden und dürfte wohl auch nicht auf diesem Wege gefunden werden. Eher könnte man noch an eine thatsächliche Desinfektion bei den oberflächlich auf der Hornschicht der Haut wuchernden Parasiten denken. Dafs aber auch hier die Verhältnisse nicht so einfach liegen, hat vor nicht langer Zeit unser Meister Unna[3] in unübertrefflicher Weise

[1] I. Mitteilung cfr. 34. Bd., S. 161.

[2] Bekämpfung der Infektionskrankheiten, Infektion und Desinfektion. Leipzig 1894. S. 31.

[3] Allg. Therapie der Hautkrankheiten. Berlin/Wien 1899, S. 862 u. f.

gezeigt. Bei den tiefer in der Haut gelegenen infektiösen Erkrankungen versagen natürlich diese Mittel erst recht und sind keineswegs ungefährlich.

Vielversprechend, speziell bei den akuten Infektionskrankheiten der Haut, scheint ja die moderne Bluteserumtherapie zu sein. Aber über das Antistreptokokkenserum MARMORECKS sind die Akten noch nicht geschlossen und gegen die Staphylomykosen besitzen wir bis jetzt überhaupt noch kein spezifisches Heilmittel.

Indes haben wir bereits jetzt eine Anzahl Mittel, welche dem Organismus im Kampfe gegen die eingedrungenen Schädlinge unterstützen; solche, die auf den Nährboden selbst wirken und ihn ungeeignet zur Weiterentwickelung der Bakterien machen oder, um einen treffenden Vergleich von H. SCHULZ[4] zu gebrauchen, die gleichsam durch geschickte Drainage einer Versumpfung desselben entgegentreten. Diese heilenden Agentien lieferte uns bis jetzt die Empirie und die zufällige klinische Beobachtung. Auf diese Weise gelangte auch ich zur Kenntnis der entzündungswidrigen Eigenschaft eines neuen Mittels, des Stypticins, das bisher nur als Blutstillungsmittel bekannt war und zwar folgendermafsen: Um bei stark blutenden entzündlichen Geschwülsten, speziell bei Furunkeln, eine styptische Wirkung hervorzurufen, incorporierte ich verschiedenen antiseptischen Salben Stypticin. Dabei sah ich nun einen Rückgang der entzündlichen Erscheinungen, der nicht wohl den Salben allein, sondern dem zugesetzten Medikament zugeschrieben werden mufste. Ich versuchte daher zunächst 10%ige Stypticinsalben und fand meine Vermutung in der That vollkommen bestätigt.

Daraufhin prüfte ich weiter dieses Mittel bei den verschiedensten Dermatosen, besonders bei entzündlichen, und will nun meine Ergebnisse mitteilen.

Als Salbengrundlage verwandte ich ausschliefslich Lanolinum purum, da dieses Vehikel wohl als gleichmäfsigstes und am wenigsten zersetzliches anzusehen ist. Nur für bestimmte Zwecke, auf die ich später noch zu sprechen kommen werde, dienten mir in allerletzter Zeit die von mir in der I. Mitteilung angegebenen Stypticingelatinestäbchen (Stypticini 0,05: Gelatin. alb. 1,5), die neuerdings auch von der Firma E. Merck in Darmstadt hergestellt werden. Was die Dosierung betrifft, so wandte ich bald ausschliefslich 5%ige Salben an. Eventuell kann man auch 4%ige nehmen. Schwächere Salben, insbesondere 2%ige, sind nach meinen Erfahrungen absolut wirkungslos und höchstens als milde Antiseptica zur Nachbehandlung verwendbar. Dies ist um so bedauerlicher als der Preis dieses Präparates noch ein ziemlich hoher ist.

Bezüglich der Applikationsweise möchte ich noch bemerken, dafs ich

---

[4] Pharmakotherapie. Berlin/Wien 1898, S. 536.

nach verschiedenen Versuchen ausschliefslich austrocknende Verbände anwandte. Gazestreifen, mit der Stypticinsalbe bestrichen, wurden auf die betreffende Stelle gelegt und je nach dem Sitze entweder durch Binden, aber ohne Watte, oder durch Heftpflasterstreifen fixiert. Speziell der Leukoplast oder auch die Schleichsche Peptonpaste sind für diesen Zweck ganz besonders geeignet.

Zunächst versuchte ich die Salbe bei Geschwüren und hier wirkte sie zweifellos sekretionshemmend und im gewissen Grade auch antiseptisch. Indes ruft sie anscheinend ähnlich wie Marx[5] es vor kurzem vom 1%igen Chinintampon beschreibt, eine „Koagulationsnekrose" hervor. Mit 2%iger Stypticinlanolinsalbe gelang es mir zwei Fälle von Balanitis ulcerosa in wenigen Tagen zu heilen. Im allgemeinen dürfte sich jedoch dieses Mittel keinesfalls weder pur noch in höher prozentuierten Salben bei gröfseren Geschwüren, wegen der Gefahr einer Intoxikation, empfehlen. Aber auch die schwächeren Salben dürften nur im Beginn der Behandlung angebracht sein, da sie keineswegs mit den Wundpulvern, insbesondere mit dem Jodoform, das ich noch immer trotz seiner wirklichen und uns so oft vorgeredeten Untugenden für das beste halte, konkurrieren können. Denn eine sehr wichtige Eigenschaft dieser letztgenannten Medikamente, die Einwirkung auf das Granulationsgewebe selbst, geht ihnen ab.

Anders aber verhält sich die Wirkung der Stypticinsalben bei akuten und speziell bei infektiösen Dermatosen und hier ist ihre eigentliche Domäne. Das Hauptkontingent zur Behandlung lieferten mir furunkulöse Erkrankungen, teils solitäre, teils multiple. Kleinere Furunkel verschwanden auf Applikation der 5%igen Stypticinsalbe innerhalb weniger Tage. Bei gröfseren war vor allem Entfernung des nekrotischen Pfropfes nötig und öftere Expression des Eiters. Doch wird dieser wohl infolge der Stypticinwirkung entschieden leichter flüssig und exprimierbar. Die Entfernung des Pfropfes geschieht leicht mittelst eines spitzen Skalpells oder eines scharfen Löffels. Niemals war eine Incision erforderlich, obwohl verschiedene Furunkel mit hohem Fieber einhergingen und einen roten Entzündungshof von über Handtellergröfse hatten. Mehrmals stellte sich infolge Stauung des Eiters Ödem der Umgebung ein, das besonders im Gesicht sich an den Augenlidern bemerkbar machte. Doch ging dies stets nach Wechseln des Verbandes und Ausdrücken des Eiters zurück und die Heilung nahm unter weiterer Stypticinsalbenapplikation einen ungestörten und raschen Verlauf unter stetem Blässerwerden der Rötung. Meist erfolgte die Restitutio ad integrum unter alleiniger Anwendung unserer Salbe, oder es wurde auf die Stelle des nekrotischen Pfropfes Jodoform aufgepudert und ringsherum die Salbe aufgetragen oder, falls noch

[5] *Münchener med. Wochenschr.* 1902. S. 661.

ein Defekt zurückblieb, wurde dieser in üblicher Weise mit den bekannten antiseptischen Wundpulvern nachbehandelt. Ist die Heilung ungestört, so läfst man den Salbenverband besser mehrere Tage liegen. Bei Abnahme desselben findet man dann meist den Furunkel abgeheilt oder nur noch geringgradig infiltriert, so dafs eine weitere Behandlung unnötig ist. In einigen Fällen wandte ich zur Nachbehandlung 2%iges Unguentum Stypticini an. Es bildete sich dann an der Defektstelle ein honiggelber Schorf, unter welchem die Heilung erfolgte. Stypticin wirkt rein lokal. Es verhindert nicht das Auftreten neuer Furunkel. Um das Auftreten neuer Furunkel zu verhüten, gab ich früher Chinin zweimal täglich 0,25 gr; in neuerer Zeit jedoch gebe ich Arsenik. Mit Bierhefe habe ich bei Furunkulose keine besonderen Erfolge erzielt.

Weiter leistete mir die 5%ige Stypticinsalbe gute Dienste bei der Behandlung von Erysipeloiden und Lymphangitiden, wie sie im Anschlusse an Fliegenstiche oder kleine Verletzungen der Haut entstehen. Auch diese heilten sehr rasch, gewöhnlich wie die Furunkel innerhalb acht Tage. Mehrere Panaritien, allerdings leichte Formen, waren sogar in zwei bis drei Tagen und ohne Incision geheilt. Unter letzteren war sogar eins, das von einem Kollegen circa vier Wochen lang mit Incisionen und Jodoformgaze vergeblich behandelt worden war. Eigentliche Erysipele hatte ich keine Gelegenheit zu behandeln.

Natürlich versuchte ich auch, die Gonorrhoe in verschiedenen Stadien teils mit wässerigen Lösungen, teils mit Salben zu behandeln. Aber gegenüber dieser Erkrankung verhielt sich Stypticin refraktär. Auch in einigen Fällen von peri- und paraurethralen gonorrh. Infiltrationen hatte ich mit dieser Salbe kein Glück. Aber bei akuter Epididymitis wandte ich sie in einigen Fällen mit gutem Erfolge an. Es trat eine wesentliche Besserung und Rückgang der entzündlichen Erscheinungen ein. Doch möchte ich auf diese Fälle, da die Zeit der Beobachtung zu kurz war, kein grofses Gewicht legen. Überraschend günstig wirkte indes die Stypticinsalbe in einem Falle von Bartholinitis gonorrhoica. Hier waren seit etwa einem halben Jahr in vierwöchentlichen Intervallen Rezidive eingetreten, die unter Anwendung von Kataplasmen und kleinen Incisionen zurückgegangen waren. Da die Patientin keine ausgiebigere Spaltung gestattete, versuchte ich die Stypticinsalbe. Die Entzündung ging in der That vollständig zurück und die Patientin ist seither — seit über sieben Monaten — rezidivfrei geblieben.

Ferner hatte ich Gelegenheit, das Unguentum Stypticini in drei Fällen von Trichophytie, in welchen es zu subcutanen und intracutanen Infiltrationen resp. Abscessen gekommen war, zu versuchen. In allen drei entsprach das Resultat durchaus meinen Erwartungen und ich erzielte in relativ kurzer Zeit eine prompte Heilung dieser sonst sehr hartnäckigen Affektion.

In einem dieser Fälle, der von anderer Seite behandelt worden war, war es infolge feuchtwarmer Umschläge zu einer starken Maceration der Nackenhaut mit starker Verbreiterung der Entzündung gekommen. Hier wirkte Stypticin vor allem austrocknend und brachte innerhalb zehn Tagen die Infiltrate, sowie einige Abscesse zur Heilung. Doch entwickelte sich einige Wochen später noch in der Nachbarschaft ein Abscefs, den ich incidieren mufste. In die hier entstandene Öffnung führte ich die oben erwähnten Gelatinestäbchen mit 0,05 gr Stypticin ein und legte auf die Öffnung sterile Gaze, die ich durch Heftpflasterstreifen fixierte. Als ich nach zwei Tagen den Verband abnahm, war die Öffnung mit einem Schorf bedeckt, eine Eiterentleerung fand nicht mehr statt. Der Patient ist seitdem geheilt.

In gleicher Weise, nämlich mit Gelatinestäbchen, behandelte ich noch drei weitere Abscesse, die ich incidieren mufste, und mit dem gleichen guten Erfolge, wenn ich auch hier die Stäbchenapplikation wiederholen mufste. Jedenfalls verdient diese Methode weitere Beachtung und eine Nachprüfung an gröfserem Krankenmaterial.

Schliefslich mufs ich noch über meine Versuche mit Stypticinsalben bei anderen Dermatosen berichten. Beim akuten Ekzem in seinen verschiedensten Formen hatte ich den Eindruck, als ob die Heilung eine schnellere und tieferwirkende sei als mit Zinkpaste. Es waren indes bis jetzt nur Ekzeme bei Erwachsenen. Bei Kindern habe ich sie deshalb noch nicht versucht, weil es sich um stark nässende Formen handelte, bei welchen die Gefahr einer Resorption und Intoxikation bestand. Übrigens berichtet H. J. Boldt,[6] dafs er ein Ekzem, das sich infolge plötzlich eingetretener Amenorrhoe an den Hüften und Oberschenkeln bei einem 14jährigen Mädchen entwickelt hatte, durch interne Darreichung von Stypticintabletten geheilt habe. In einem analogen Falle, in welchem bei einem 15jährigen Mädchen im Anschlufs an eine Amenorrhoe ein circa handbreites zirkuläres Erythem der beiden Unterschenkel eingetreten war, erzielte ich durch 5%iges Stypticinlanolin prompte Rückbildung dieses Ausschlages. Beim chronischen Ekzem dagegen versagte Stypticin vollständig und selbst als Zusatz zu den gebräuchlichen Salben war es wirkungslos.

In zwei Fällen von Herpes zoster der Unterlippe wirkte anderseits wieder Stypticin auffallend günstig. Hier trat nach zwei resp. fünf Tagen eine komplette Heilung ein. Dagegen versagte die Salbe vollständig bei Akne und speziell bei Acne rosacea; während in dem einen Fall von Perniosis, den ich damit behandeln konnte, eine entschiedene Besserung eintrat. Übrigens war bei diesen letzterwähnten Dermatosen des Gesichts kein Verband zur Anwendung gekommen.

---

[6] *The Canadian Journ. of Med. and Surg.* 1901. No. 6.

Wenn ich das Fazit aus meinen Beobachtungen ziehe, so glaube ich zu dem Schlusse berechtigt zu sein, dafs Stypticin, in den angegebenen Konzentrationen in Salbenform appliziert, bei akuten Hautentzündungen ausgezeichnet entzündungswidrig wirkt, dafs es aber in solchen Fällen, in welchen bereits Veränderungen der Haut sich etabliert haben, also in chronischen, versagt.

Wie Stypticin wirkt, darüber wage ich noch nicht einmal eine Hypothese aufzustellen, ebensowenig wie, ob es rein lokal oder erst nach der Resorption wirkt. Keinesfalls möchte ich es mit den übrigen bekannten Blutstillungsmitteln, die ja auch adstringierend und daher antiphlogistisch wirken, in Parallele setzen, da es deren ätzende Eigenschaften in keiner Weise besitzt. Erst vergleichende pharmakodynamische Untersuchungen werden uns in den Stand setzen, einen Einblick in die Wirkungsart auch dieses Stypticums zu thun.

Aus der Praxis.

Aus Dr. G. J. Müllers Privatklinik für Hautkrankheiten, Berlin.

Imprägnierte medikamentöse Puder.

Von

Dr. G. J. Müller.

Die Eigenschaft, Fett und Wasser anzuziehen, welche den sogenannten Pudern, gleichviel ob vegetabilischer oder mineralischer Natur, eigen ist, bedingt gemäfs den Anschauungen einer modernen Dermatotherapie ihre Verwendung bei einer ganzen Reihe von Indikationen, welche von allgemeinen Gesichtspunkten aus wie folgt rubriziert werden können:

1. Zur Erzielung einer anämisierend-entwässernden Wirkung. Diese resultiert nach Unna aus der durch die Fett- und Wasseranziehung aus der Oberhaut bedingten Beschleunigung des Sekretstroms und dadurch hervorgerufenen stärkeren Verdunstung; sie wird therapeutisch verwertet bei akuter Dermatitis, Erysipel, akutem Ekzem, Ekzema madidans.

2. Zur Erzielung einer Fett-entziehend-austrocknenden Wirkung bei überschüssigem, insbesondere auf der Oberfläche frei befindlichem Hautfett. Spezielle Anwendungsform: Seborrhoe und verwandte Zustände.

3. Zur Erzielung einer Wasser-anziehend-austrocknenden Wirkung: zur Wegschaffung von Hautschweifs bei Hyperhidrosis.

4. Als juckstillendes Mittel: bei akutem Ekzem, Urticaria, Pruritus etc.

5. Als Deckmittel auch zu kosmetischen Zwecken.

Es ist längst bekannt, dafs ein Zusatz von entsprechenden Arzneimitteln der Pudersubstanz als Excipiens beigemengt, ihre Wirksamkeit beträchtlich erhöhen kann. Gerade darum ist es aber sehr erstaunlich, dafs meines Wissens noch niemand auf den naheliegenden Gedanken gekommen ist, diese Wirkung dadurch zu sichern und zu erhöhen, dafs die Medikamente, sofern das überhaupt möglich ist, dem Excipiens nicht mechanisch beigemengt, sondern imprägniert wurden. Es ist ohne weiteres klar, dafs die so erzielte feinste Verteilung durch Bindung an jedes Puderkorn nicht gleichgültig sein kann. Es giebt ferner Situationen, in denen es geraten ist, die stark austrocknende Wirkung des Puders abzudämpfen, z. B. bei empfindlich anämischer, mäfsig fetthaltiger Haut, wo er als kosmetisches und Deckmittel benutzt wird; wir werden diese Absicht durch entsprechende Fettimprägnation (mit Wollfett) erreichen. Ich habe darum eine Reihe von imprägnierten Pudern herstellen lassen und verordne sie unter dem Namen Pulvis aspergens medicatus resp. pinguis cum .....

Ichthyol	2—5%	*Thiol*	2—5%
Tumenol	2%	*Resorcin*	1—5%
Naphtol	2%	*Salicylsäure*	(2—10%)
Formalin	(0,5—1%)	*Tannin*	(2—5%)
Menthol	(1—2%)	*Karbol*	(0,5—2%).

Als Pudergrundlage kam natürlich nur ein mineralisches Pulver in Frage; wir haben ein Gemisch von Talcum und Magnesia carbonica gewählt.

Wenn wir anämisierend und kühlend wirken, pathologische Sekrete aufsaugen wollen, werden wir zweckmäfsig Ichthyol- und Thiolpuder verordnen, bei Intertrigo auch Tanninpuder. Bei Seborrhoe, Ekzema seborrhoicum faciei, Rosacea (Tagesapplikation oder Nachtbehandlung) dürfte Ichthyol-Resorcinpuder am Platze sein.

Bei allgemeiner Hyperhidrosis hat sich mir Resorcinpuder (2%), Naphtolpuder (2%), Formalinpuder (0,5—1%) bewährt. Bei Hyperhidrosis axillaris appliziere ich mein Formalin savonal[1] (1—2%) über Nacht, tags lasse ich Wattebäusche mit Formalin- (1%), Resorcin- (2%) Puder einlegen; bei eventueller Reizung mufs eine indifferente Zwischenbehandlung eintreten.

In ähnlicher Weise verfahre ich bei Hyperhidrosis pedum. Handelt es sich um die anämische Form des kalten Schweifsfufses, so wird über

---

[1] G. J. Müller: Grundlinien der Hautbehandlung mittelst medikamentöser Seifen. Berlin, Karger, 1897.

Nacht oder mehrere Stunden Formalin (1—2%), Camphor (10%), Savonal eingerieben und nach heifsem oder wechselwarmem Fufsbade Salicyl-Formalin-Tannin-Chloralhydratpuder eingestreut, dem Borsäure und etwas Chromalaun beigemengt ist. Bei der hyperämischen Form des warmen Schweifsfufses lasse ich auf die Formalinseife (1—2%) ein laues Eichenrindenfufsbad folgen und dem Puder weniger Borsäure und Chromalaun hinzufügen. Diese Streupulver werden auf meine Veranlassung, um den Patienten die Kosten zu verbilligen (die Ersparnis gegenüber der Rezepturtaxe beträgt ca. 50%), fertig unter dem Namen: Pulvis antihidroticus mitis resp. fortis abgegeben. Die altbewährte Einpuderung gegen Jucken bei Urticaria, Varicellen, Pruritus etc. schien besonders wirksam bei Anwendung der imprägnierten Karbol-, Menthol-, Tumenol-, Ichthyolpuder.

Als kosmetischer Puder und dort, wo zur Nachbehandlung gewisser Gesichtsekzeme Puder am Platze ist, fand ich Fettpuder sehr probat. Man kann mit Vorteil 1—2% Ichthyol zusetzen, da der Ichthyolgeruch bei der Imprägnation völlig schwindet und die schwach graue Farbe durch Zusatz von rotem Bolus entsprechend „hautfarbig" korrigiert werden kann. Die Puder werden angefertigt von Herrn Kohlmeyer, chemisch-pharmazeutisches Laboratorium, Königin-Augustastrafse 21.

Versammlungen.

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 3. Juni 1902.

Originalbericht von Dr. Felix Pinkus-Berlin.

Als Delegierter zur zweiten Syphiliskonferenz in Brüssel wird Blaschko erwählt. Der Vorsitzende fordert die Mitglieder zum Beitritt und zum Werben für die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten auf, in deren Bereich nicht allein ärztliches Wirken, sondern die Beihülfe der weitesten Kreise aller Gebildeten erwünscht sei.

1. Reissner stellt einen 26jährigen Mann vor, welcher an zahlreichen Stellen des ganzen Körpers pfennig- bis über thalergrofse atrophische, flach vertiefte, scharf serpiginös umrandete Stellen trägt. Der Fall wird **ohne Diagnose** vorgestellt, mit der Bemerkung, dafs von kompetenter Seite am nächsten an Syphilis, Porokeratosis und Lichen ruber atrophicans gedacht wurde. Vier Injektionenen von Hg salicylicum haben keine Änderung hervorgebracht.

Diskussion: Rosenthal hält die vertieften Stellen für Narben; unter Ausschlufs aller anderen Affektionen, von denen am meisten an Lupus erythematodes zu denken ist, stellt er mit Vorbehalt die Diagnose Syphilis.

Lesser hält bei einmaliger und abendlicher Besichtigung das Stellen einer Diagnose für unmöglich. Er hält die Affektion nicht für syphilitischer Natur, empfiehlt aber zum Ausschlufs dieser Krankheit vor allem Jodkaliumdarreichung.

Blaschko begründet seine Auffassung des Falles als dem Lichen atrophicans am nächsten stehend, nachdem er die Auffassung als Porokeratosis aus histologischen Gründen hat aufgeben müssen.

Saalfeld erinnert an eine atypische Form des Lupus erythematodes.

Pinkus empfiehlt das Hineinziehen der als Atrophia maculosa cutis und als Anetodermie beschriebenen Affektionen in das Bereich der diagnostischen Erörterung.

Holländer spricht für Lupus erythematodes und empfiehlt, die Diagnose durch seine therapeutische Methode (durch Chinin und Jodtinktur) zu erhärten.

2. Rosenthal demonstriert einen kleinasiatischen Griechen wegen **eigentümlicher strichförmiger Längsnarben** am ganzen Rücken: die Folgen von therapeutischen Maßnahmen (Längsschnitte mit folgender Einreibung einer Salbe).

Diskussion: Holländer hat Ähnliches häufig bei Persern gesehen.

3. Holländer demonstriert eine Patientin, deren **Lupus erythematodes nach seiner Methode** behandelt und fast geheilt ist, und bespricht im Anschluß daran einige Punkte aus der Symptomatologie des Lupus erythematodes und der Geschichte seiner Therapie.

Diskussion: Rosenthal und Blaschko erwähnen, daß Chininbehandlung allein vielerorts angewendet werde, die Resultate aber nirgends so gute und ausnahmslose gewesen seien, wie in den hier vorgeführten Fällen.

Lesser könnte eine Anzahl mit anderen Methoden geheilter Fälle zeigen: es hilft nicht bei allen Fällen dieselbe Methode, manche Fälle verhalten sich überhaupt refraktär jeder therapeutischen Maßnahme gegenüber. Er trete der Auffassung entgegen, daß eine Methode unfehlbar wirke.

Saalfeld behauptet, Heilung von Lupus erythematodes mit kantharidinsaurem Kalium erzielt zu haben.

4. R. Isaac demonstriert einen Fall von **Oedema Scroti und Penis**, der im Anfangsstadium der Syphilis (vor dem ersten Exanthem) zu stande kam infolge Verlegung der inguinalen und femoralen Lymphbahnen durch eine beiderseitige **Bubonenexstirpation**. Diese Operation ist vor 8 Jahren vorgenommen worden und hat außer tiefen Narben keine nachteiligen Folgen (namentlich keine Elephantiasis scroti et penis) zur Folge gehabt. Das Ödem entstand erst vor wenigen Tagen durch den Reiz der syphilitischen Sklerose und der ihr folgenden Lymphangitis und Lymphadenitis.

5. Plonski demonstriert 3 Schulknaben, welche in der Klasse dicht beisammen sitzen, mit **Alopecia areata**, als Stütze der **infektiösen** Auffassung dieser Krankheit.

Diskussion: Lesser sieht bei der Seltenheit dieser Vorkommnisse im Verhältnis zur Häufigkeit der Alopecia areata eher einen Gegengrund gegen die infektiöse Natur. Er hält es für möglich, daß es zwei ätiologisch verschiedene Krankheiten mit demselben klinischen Bild gebe, die eine kontagiös, die andere nicht.

6. Pinkus demonstriert an Menschen und an Wachsmodellen die von ihm beschriebenen (*Arch. f. Dermatol. u. Syph.* Bd. 60, Heft 2, S. 171 f.) **Haarscheiben neben den Lagunohaaren**.

7. Herbst demonstriert einen Fall von **Xanthoma diabeticum**. Die gelben Bestandteile fanden sich nicht in den mikroskopischen Schnitten, vielmehr zeigten diese eine ausgedehnte Lückenbildung, als wäre das Gewebe durch einen fremden, aber verloren gegangenen Inhalt auseinandergedrängt worden.

Diskussion: Rosenthal ist es aufgefallen, daß Xanthoma diabeticum unter Atoxylinjektion (neben Diät) sehr schnell verschwand, eine Beobachtung, die von Schild bestätigt wird.

Blaschko fand schnelles Schwinden auch ohne Arsenanwendung.

8. Lederмann demonstriert eine ca. 40jährige Frau mit einer **erythromelieähnlichen Affektion** am linken Vorderarm. Die Affektion unterscheidet sich von Erythromelie durch geringere venöse Entwickelung und durch ihre Einseitigkeit.

Diskussion: Blaschko hält diese Affektionen für identisch mit dem Anfangsstadium der Hautatrophie.

9. Henning (Wien) spricht über **plastische Maßnahmen zur Korrektur von Defekten.**

a) Celluloidprothesen für fehlende Nasen: Herstellung eines Gipsabgusses, Modellierung desselben, bis er die Form der gewünschten Nase erreicht hat, Anfertigung eines Metallnegativs dieser korrigierten Nase und mit Hülfe dieses einer ganz dünnen Celluloidprothese, welche von innen bemalt wird und so leicht ist, daß sie mittelst Klebestoffs im Gesicht befestigt werden kann.

b) Ausgleichung eines Nasendefektes durch Paraffininjektion.

c) Wiederherstellung der normalen Körperoberfläche durch Ansaugung: Herstellung eines korrigierten Positivs wie bei a, Herstellung einer soliden Negativform, unter welcher durch einen Gummiballon eine kräftige Saugwirknng auf die Haut ausgeübt werden kann. Im Laufe von 2—3 Monaten gelingt es, eingesunkene Nasen und vertiefte, unregelmäßige Narben in das normale Niveau heraufzuheben, wobei sogar die Knochen des Nasendaches dem Zuge plastisch folgen.

Moskauer venerologisch-dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 13./26. Mai 1902.

Originalbericht von Arthur Jordan-Moskau.

Herr Stabsarzt J. Morochowzeff als Gast sprach über **das Geschwür von Pende** und demonstrierte eine ganze Kollektion vorzüglicher, dazu gehöriger Moulagen. Mit dieser Krankheit wurden die Russen zum ersten Mal bekannt im Jahre 1884, als die russischen Truppen ihr Standquartier bezogen an den Ufern des Flusses Kuschka und seines Zuflusses Murgaba und speziell in der Oase Pende im Kaspigebiet. Im Jahre 1884 traten nur vereinzelte Fälle dieses Geschwürs unter dem russischen Militär auf, welche noch keine richtige Deutung erfuhren. Als aber die Krankheit im darauffolgenden Jahre Soldaten und Offiziere in epidemischer Weise ergriff, erkannte man, daß es sich um eine besondere, der Aleppobeule ähnliche, aber doch von ihr verschiedene Krankheit handele, welche man nach dem Ort, wo sie am heftigsten grassierte, Pende, als Geschwür von Pende benannte. Die ersten Erkrankungen traten im August auf, wurden aber dann von Monat zu Monat mehr, so daß in kurzer Zeit fast die ganze Mannschaft in Mitleidenschaft gezogen wurde. Als der Frost im Januar eintrat, begann die Krankheit nachzulassen, um allmählich zu erlöschen. Die einheimische Bevölkerung blieb von der Krankheit verschont und wie die späteren Erfahrungen lehrten, trat auch bei dem eingewanderten russischen Militär eine Gewöhnung oder Immunität ein, indem dasselbe, wenn es einmal die Krankheit überstanden hatte, nicht oder fast nicht mehr davon befallen wurde. Die Krankheit verläuft völlig schmerzlos und gutartig, insofern als sie in der Regel im Laufe von 4—6 Monaten spontan ausheilt. Am häufigsten und zuerst werden die Unterschenkel befallen, dann die Oberarme, Hüften, Brust, Unterarme, Rücken, Ohren und das Glied. Niemals traten die Geschwüre auf dem behaarten Kopf, auf den Fußsohlen und Handtellern auf. Obgleich die Krankheit keinen verschonte, befiel sie doch vor allem, gleich der Psoriasis, die kräftigen Personen. Ein Übergang der Krankheit von dem einen auf den anderen wurde nie beobachtet und Impfversuche, die Vortragender an sich selbst vornahm und auch einige Feldschere an sich vornehmen ließen, gaben ein negatives

Resultat, so dafs M. die Krankheit für nicht kontagiös hält, sondern in Abhängigkeit bringt von Miasmen. Dafür spricht auch der Umstand, dafs die Krankheit streng an gewisse Monate des Jahres gebunden ist, nämlich vom August bis zum Eintritt des Frostes. Fieber, wie auch schwächende Krankheit, z. B. Cholera, verhüten den Ausbruch des Geschwürs, und wer das Geschwür hat und dann Fieber bekommt, verliert das Geschwür für die Zeit desselben. Nach Ablauf des Fiebers, resp. der den Organismus schwächenden Erkrankung erscheinen die Ulcera wieder an den alten Stellen. Die klinischen Symptome des Geschwürs von Pende sind mannigfaltig; bald tritt es als Nekrose, bald als Geschwür, bald als Geschwulst auf. M. schilderte zwei Haupttypen, welche er wiederum in mehrere Unterabteilungen teilt. Die beiden Haupttypen sind die gangränöse und die gewöhnliche Form. Erstere ist sehr selten und kann akut oder chronisch sein. Letztere kann als papulo-pustulöse, ulceröse, infiltrative und abortive Form auftreten. Ein Übergang von Papeln in Pusteln findet nicht statt, sondern die Papel bleibt dauernd Papel. Komplikationen wurden selten beobachtet, jedoch kamen vor: Lymphangitis und Lymphadenitis, besonders wenn die Wunde gereizt worden war, Erysipel und am häufigsten Ekzem. Die Prognose ist, wie schon angedeutet wurde, eine gute. Die Therapie aber ist eine vergebliche. Derjenige heilt das Geschwür, wie Vortragender sagte, der es als letzter in Behandlung bekommt, da es nach einer gewissen Zeit von selbst vergeht.

Prof. Pospelow dankte dem Vortragenden für seine interessante Mitteilung und äufserte Bedenken, die Kontagiosität, ehe weitere Untersuchungen gemacht worden sind, strikt zu negieren, da die Heydenreichschen Untersuchungen, der einen ganz bestimmten Diplococcus angiebt, nicht ohne weiteres von der Hand zu weisen sind. Morochowzeff entgegnete darauf, dafs er den Heydenreichschen Diplococcus nicht anerkenne.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1902. Band 60, Heft 2.

I. **Nekrologe.** a) für Moritz Kaposi, von Eduard Spiegler; b) Adolf Jarisch, von Ludwig Merk; c) Hans v. Hebra, von Karl Ullmann.

II. **Zur Kenntnis des Anfangsstadiums des Lichen ruber planus,** von Felix Pinkus. Verfasser untersuchte histologisch eine grofse Anzahl von Lichen ruber planus-Papeln und stiefs hierbei auch auf ein Knötchen, welches gerade nur die von den Autoren als den Beginn der Affektion beschriebenen Veränderungen darbot, nämlich „geringes, oberflächlich liegendes Infiltrat, geringes Ödem der Stachelschicht, ganz kleine, nur in einigen Papillen lokalisierte Durchsetzung mit Leukocyten."

Der Verfasser beschreibt im folgenden sehr eingehend die histologischen Befunde. Dieselben stimmten mit denjenigen überein, welche von verschiedenen Autoren, namentlich von Török als jüngstes Stadium des Lichen ruber planus bezeichnet worden sind.

Ausführlich wird sodann erörtert, ob es sich überhaupt um eine Efflorescenz des Lichen ruber planus gehandelt hat.

Als charakteristisch für den Beginn des Prozesses sieht Verfasser in dem histologischen Bilde einmal die Lymphocytenanhäufung in den oberen Cutislagen

des Knötchens, und zweitens die Durchsetzung des oberflächlichsten Teils des Coriums bis in das Epithel hinein mit polynukleären, gelapptkernigen Zellen. Durch das Eindringen der polynukleären Leukocyten in das Epithel werden die Epithelzellen aus ihrem Zusammenhang untereinander und mit der Cutis gerissen. Im weiteren Verlaufe kommt es zu einer direkten Epithelzerstörung an der Cutisgrenze und zur Blasenbildung, wie sie so häufig beim Lichen ruber beobachtet worden ist.

III. **Ein Fall von Lichen ruber monileformis den subcutanen Venen folgend,** von A. Gunsett - Strafsburg. Verfasser teilt die Krankengeschichte eines Falles mit, dessen klinisches Bild genau der Beschreibung, wie sie Kaposi für den von ihm aufgestellten Typus des Lichen monileformis gegeben hat, entsprach. Es handelte sich um eine 65jährige Frau, deren Hautleiden vor 14 Jahren zuerst an beiden Armen begann, und dann auf die Beine, den Bauch, zuletzt auf den Rücken überging.

Auf den ersten Blick sehen die unteren Extremitäten der Patientin aus, wie wenn sie von einem Netz variköser Venen besetzt wären. Bei näherer Betrachtung erweisen sich die venenartigen Zeichnungen als lividrote, ins rotbraune übergehende, derbe, mit festhaftenden Krusten bedeckte Stränge, die sich aus einzelnen, linear, korallenschnurartig, teils polygonalen, teils rundlichen, verschieden grofsen, derben, wachsgelben Knötchen mit deutlicher Dellenbildung zusammensetzten. Von Interesse ist, dafs die Stränge nur den oberflächlichen Hautvenen, aber keiner gröfseren Vene folgen.

Sowohl das klinische, wie das histologische Bild wird vom Verfasser eingehend geschildert. Die mikroskopische Untersuchung ergab im wesentlichen: „In der Epidermis Hyperplasie der Zellen des Stratum Malpighi, Hyperkeratose mit Bildung von Horaperlen, Horntrichtern und Hornkegeln, regressive Metamorphose der Epithelzellen des Stratum Malpighi mit Bildung von kolloiden Schollen. In der Cutis kleinzelliges Infiltrat der papillären und subpapillären Schicht, das in die untersten Stratum-Malpighizellen vordringt und nach unten durch eine scharfe Linie begrenzt ist. Fortsetzung des Infiltrates längs der Venen nach unten. Quellung und Verbreiterung der Papillen, venöse Hyperämie.“ Alles dies sind Verhältnisse, wie sie für den Lichen ruber planus typisch sind, weshalb nach diesem Befunde der Lichen monileformis zweifellos zum Genus Lichen gehört.

IV. **Zur Kenntnis der Hauthörner,** von Max Marcuse-Bern. Verfasser zeigt an der Hand der einschlägigen Litteratur, dafs es zur Zeit eine vom histologischen Gesichtspunkte aus aufgestellte und allgemein acceptierte Definition für „Hauthörner“ nicht giebt und teilt sodann die Krankengeschichte eines Falles mit, der folgenden Status darbot: „Auf dem Rücken der Mittelphalanx der vierten Zehe sitzt an beiden Füfsen symmetrisch ein Horn auf, dessen Länge rechts 1 cm, links 0,7 cm beträgt. Die Hörner sind je 2—3 mm dick, 6—8 mm breit; ihre Konsistenz ist hart wie Horn, ihre Farbe graugelb; sie verjüngen sich unbedeutend von der Basis nach dem Ende zu. Die Oberfläche ist im transversalen Durchmesser konvex, mit Quer- und Längsrissen versehen, die untere Fläche leicht konkav.“ Ähnliche Gebilde sitzen auf den Fufssohlen beiderseits, ebenfalls symmetrisch in der Gegend des dritten Metatarso-Phalangealgelenkes.

Die 30jährige Patientin giebt an, dafs sie im Alter von 10 Jahren zum ersten Male die „Hühneraugen“ wahrgenommen habe.

Die Hörner wurden durch einen Ovalärschnitt mit der Basis im ganzen excidiert, in Müllerscher Flüssigkeit gehärtet. Verfasser bekam die Präparate vier Monate später zur Untersuchung.

Im folgenden werden die histologischen Befunde ausführlich geschildert. Die Hauthörner in dem vorliegenden Falle stellen histologisch „Tumoren dar, welche aus

einer nach verschiedenen Richtungen hin atypischen Hornmasse mit Hypertrophie des Epithels bestehen, ohne daſs irgendwo von einer eigentlichen Papillarhypertrophie oder gar von Einwachsen der Papillen in die Hornmasse und von Markbildung die Rede wäre". Unna würde diese Gebilde nach dem histologischen Befunde als „Keratoide" bezeichnen, und Dubreuilh sie wahrscheinlich von den eigentlichen Hauthörnern ganz absondern.

Während man klinisch die Horngebilde bei der Patientin als Hauthörner im alten Sinne bezeichnen darf, möchte Verfasser sie histologisch als „circumscripte Epithelhyperplasien mit Hyperkeratose" definieren.

Die Ätiologie wird eingehend erörtert und aus dem Gesagten folgendes Resumé gezogen: „Die von uns beobachteten, sehr eigenartigen symmetrisch an den Zehen und Sohlen eines Mädchens lokalisierten Hauthörner können als aus unbekannter Ursache abnorm entwickelte Schwielen oder als multiple juvenile Cornua cutanea aufgefaſst werden."

V. **Haemangioendothelioma cutis papulosum**, von F. v. Waldheim-Wien. Bei dem 48 Jahre alten Patienten bemerkte man an beiden Seiten des Thorax von den Claviculae abwärts bis in die Nabelgegend und seitlich bis zur vorderen Axillarlinie zahlreiche, unregelmäſsig angeordnete, stecknadelkopf- bis erbsengroſse, blaſsgelbliche, scharf umschriebene, rundliche oder längliche, leicht hervorragende, glatte, flache, ziemlich derbe, mit der Haut verschiebbare Knötchen.

Ein Stück der erkrankten Haut wurde excidiert und mikroskopisch untersucht. Nach den sehr ausführlich beschriebenen Befunden handelt es sich um ein Hämangioendothelioma tuberosum multiplex (Jarisch).

Verfasser unternimmt es, im folgenden zu beweisen, daſs der im Jahre 1867 von Kaposi in Verbindung mit Hebra und Biesiadecki beschriebene und als Lymphangiom bezeichnete Fall ein Haemangioendotheliom gewesen sei. Die einschlägige Litteratur wird eingehend besprochen.

VI. **Über Cardoldermatitis**, von W. Fornet-Berlin. Städeler hat zuerst aus den Früchten des Elephantenlausbaumes Anacardium orientale et occidentale, das Cardol, rein dargestellt, welches in dem scharfen Öl der Schale jener Früchte enthalten ist und für die Vergiftung mit Anacardium verantwortlich gemacht wird.

Zwei Fälle einer solchen Cardolvergiftung werden im folgenden beschrieben.

Im ersten Falle giebt der 26jährige Patient an, daſs er sich wegen Schmerzen in beiden Knien zwei Nächte lang je zwei Nüsse von Anacardium orientale auf die schmerzhaften Stellen aufgelegt habe. Am dritten Tage wären die Schmerzen verschwunden, dagegen habe er am neunten Tage auf beiden Knien je zwei wallnuſsgroſse, rote, stark juckende Flecken bekommen. Um festzustellen, ob wirklich die aufgelegten Anacardfrüchte die Ursache des Erythems seien, wurde eine frische Frucht von Anacardium orientale in der linken Ellenbogenbeuge befestigt. Die Folge war starke Schwellung des ganzen linken Vorderarmes und ein diffuser, nicht scharf umschriebener, wenig schuppender Erythemfleck in der Ellenbogenbeuge.

Unter Umschlägen, dann Puder und Borsalbe heilt alles in 14 Tagen ab.

In dem zweiten Falle blieb die Affektion nicht auf der Stufe des Erythems stehen, sondern es kam zur Entwickelung eines akuten, vesikulösen Ekzems.

Auf die Cardolwirkung möchte Verfasser auch die in Japan häufig vorkommende Lackkrankheit zurückführen, die sich ebenfalls in Hitze und Spannungsgefühl, Rötung und Schwellung in unregelmäſsig gestalteten, scharf abgesetzten Herden, Papeln- resp. Bläschenbildung, Befallensein bestimmter Prädilektionsstellen, Schlaflosigkeit, schlieſslich Heilung durch Abschuppung äuſsert.

Anarcardium wird zur Bereitung des japanischen Lackes verwendet.

VII. **Gonokokken in Lymphgefäßen**, von Dreyer-Köln. Der Verfasser beschreibt einen Fall bei einem 30jährigen Manne, der vor einem Jahre einen Tripper durchgemacht hat und seitdem nicht mehr geschlechtskrank gewesen ist. Vor ca. drei Wochen bemerkte der Patient eine Geschwulst auf dem Rücken des Penis, die in den letzten Tagen besonders sich vergrößerte. In der Nacht vom 24. zum 25. Oktober 1901 erkrankte der Patient mit Schüttelfrost, Übelkeit und Erbrechen. Als Verfasser am nächsten Tage ihn sah, hatte der Patient Fieber. Der Urin war eiweißfrei. Etwa 1—2 cm vom Sulcus coronarius entfernt saß am Dorsum penis ein wenig nach rechts von der Mittellinie ein haselnußgroßer Knoten unter der etwas geröteten Vorhaut und mit dieser verwachsen, dagegen auf dem Corpus cavernosum verschieblich. Von der Geschwulst ging ein federkieldicker Strang über die Mitte des Penis nach der Symphyse zu, um sich dort zu verlieren. Die Leistendrüsen waren ein wenig geschwollen.

Unter Brooke'scher Pasta und Breiumschlägen wurde die Geschwulst etwas weicher. Eine mit gut sterilisierter Nadel vorgenommene Probepunktion ergab einen schokoladefarbenen Eiter, der eine große Menge äußerst typischer, intracellulärer Gonokokken enthielt. Der Abceß wurde nunmehr geöffnet, der Eiter herausgelassen, in die Wundhöhle 2 g einer 2%igen Argentum nitricum-Lösung gespritzt und ein antiseptischer Verband angelegt. Schon am nächsten Tage war der Lymphstrang fast verschwunden. Das geringe Sekret der Wunde enthielt keine Gonokokken mehr.

Die Harnröhre des Patienten ist wiederholentlich untersucht worden, ohne Spuren einer Blennorrhoe zu zeigen. Der Urin blieb auch nach einer Bierprobe frei von Fäden.

VIII. **Über sklerodermieartige Hautveränderungen nach Röntgenbestrahlung**, von Oskar Salomon-Frankfurt a. M. Die 41jährige Patientin leidet seit ihrem vierten Lebensjahre an Lupus, der wiederholentlich operativ, dann mit Tuberkulininjektionen und in den letzten Jahren mit Röntgenstrahlen behandelt worden ist, aber derart barbarisch, daß das ganze Gesicht und der Kopf eine zusammenhängende „wunde Fläche" darstellten, die Kopfhaare, Augenbrauen und Wimpern ausfielen, das Seh- und Hörvermögen rapid abnahm und schließlich auch Erscheinungen seitens des Herzens auftraten. Ende April 1901 kam die Patientin in die Behandlung Herxheimers mit ungefähr folgendem Hautbefund: Der Kopf fast vollständig unbehaart und von zahllosen kleinen, weißen, leicht abhebbaren Schuppen bedeckt. Die Kopfhaut ist schwach rosa gefärbt, glänzend, hart, wenig faltbar. Ebenso beschaffen ist die Haut des Gesichts, das, abgesehen von einem Röntgengeschwür, zahlreiche Lupusknötchen und kleinste Teleangiektasien aufweist. Die Lippen sind gewulstet und zeigen, ebenso wie das Gesicht, Härte, Schuppen, Lupusknötchen, Teleangiektasien. Die Augenlider können beiderseits wegen Ektropions nicht geschlossen werden.

Auf dem Rumpf und den Extremitäten befinden sich zahlreiche, bis handtellergroße Lupusherde, daneben auch gesunde Narben.

An der Nasenwurzel, wo sich das Röntgenulcus befand, wurde unter Lokalanästhesie ein ovales Stück Haut excidiert und mikroskopisch untersucht. Das histologische Bild zeigte große Ähnlichkeit mit dem der idiopathischen Sklerodermie. Als wesentlichste Befunde sind hervorzuheben Degeneration der Papillen, Hypertrophie des kollagenen Gewebes, starke Verdickung der Gefäßwände, die von zahllosen Leukocyten umgeben und durchsetzt sind. Von großem Interesse war die Beschaffenheit des elastischen Gewebes. Dasselbe zeigte in der Tiefe normale Verhältnisse, dagegen bemerkte man weiter nach oben hin zahlreiche, kleine, ganz feine, nach Unna-Taenzer und Weigert färbbare, wenig geschlängelte, oft gewellte, meist parallel nach oben strebende und direkt vertikal gerichtete Fäserchen. Dieselben erstrecken

sich bis in die unter der Epidermis befindliche kleinzellige Infiltration, ohne das Epithel selbst zu erreichen. Ebensolche sieht man in grofser Menge an der verdickten Adventitia der Gefäfse, doch hier parallel der Gefäfswand verlaufend.

Verfasser hebt in dem von ihm beschriebenen Falle als ungewöhnlich hervor die sklerodermische Veränderung der Haut, die sehr geringe Heilungstendenz des Röntgenulcus und die aufserordentlich geringe Einwirkung der Röntgenbestrahlung auf die Lupusknötchen. *C. Berliner-Aachen.*

Dermatologische Zeitschrift.

1902. Band IX. Heft 3.

I. **Erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans**, von Julius Kramsztyk-Warschau. An der Hand der einschlägigen Litteratur beschreibt der Verfasser das Krankheitsbild des Erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans und weist auf die Schwierigkeit hin, diese Affektion von der ihr so sehr ähnlichen Scarlatina zu unterscheiden. Erst die Rezidive ermöglichten in vielen Fällen die Diagnose. Verfasser hatte Gelegenheit, drei Fälle von rezidivierendem Erythem zu beobachten. Im ersten Falle kehrte das Leiden neunmal, im zweiten zweimal, im dritten dreimal wieder.

Der erste Fall betraf ein 11jähriges Mädchen, das vor 4 Jahren einen schweren Scharlach mit Rachendiphtherie, Nephritis und langdauernder Ohreneiterung, dann 4 Wochen später schwere Masern durchgemacht hatte. Kaum dafs sie sich von diesen Krankheiten erholt hatte, bekam die Patientin unter hohem Fieber einen Ausschlag, der dem Scharlach so ähnlich war, dafs er für ein Scharlachrezidiv gehalten wurde. Der Krankheitsverlauf war aber kürzer und leichter, als bei Scharlach, die Schuppung dagegen viel reichlicher. Nachdem das Fieber verschwunden war, stellte sich wieder Ohrenfluſs auf beiden Seiten ein. Innerhalb der nächsten 2 Jahre rezidivierte der Ausschlag sechsmal. Die Mutter des Kindes gab an, dafs dieses stets nach dem Genufs von Parmesankäse die Hautkrankheit bekommen habe. Seitdem es keinen Käse mehr gegessen habe, sei es nunmehr 2 Jahre lang gesund geblieben. Das siebente Rezidiv sollte sich wiederum auf den Genufs von scharfem Käse ein und war aufserordentlich schwerer Natur. Die folgenden 3 Jahre waren rezidivfrei, obgleich das Kind zwanglos Käse afs. Der letzte Anfall verlief mild. Zur Unterscheidung des Erythema scarlatiniforme recidivans vom Scharlach führt Verfasser an:

1. Die sekundäre Schuppung, welche bei jenem früher als beim Scharlach auftritt, viel reichlicher in Gestalt grofser, mehrschichtiger, psoriasisähnlicher Plättchen ist und noch vor dem Verschwinden, ja selbst vor dem Abblassen des Ausschlages beginnt, was gewöhnlich beim Scharlach nicht der Fall ist.

2. Das Fehlen der für Scharlach so charakteristischen und konstanten frühzeitigen Rötung der Rachenschleimhaut, sowie der sogenannten himbeerfarbenen Zunge, ferner des Erbrechens, welches ein fast konstantes Initialsymptom eines schweren Scharlachs ist.

Verfasser glaubt, dafs, wo in der Litteratur von wiederholt auftretenden Scharlachanfällen die Rede ist, es sich wahrscheinlich um das rezidivierende Erythema scarlatiniforme gehandelt habe.

Was die Ätiologie betrifft, so glaubt Verfasser, dafs man es hier weder mit einem medikamentösen, noch mit einem toxischen Exanthem zu thun habe. „Der typische Verlauf, der Schüttelfrost, das fieberhafte Prodromalstadium, die Kopfschmerzen, die Beteiligung der Lymphdrüsen, die Lokalisation der Krankheit an verschiedenen Stellen, wie in den Nieren, Ohren, das alles scheint dafür zu sprechen,

dafs wir es nicht mit einer lokalen Hautkrankheit zu thun haben, sondern mit einer Allgemeininfektion, welche in die Reihe der übrigen infektiösen Exantheme gehört; es ist dies kein Erythema scarlatiniforme, sondern eine ‚Pseudoscarlatina recurrens'."

II. **Die Parrotschen Pseudoparalysen bei angeborener Syphilis**, von Franz Scherer-Prag. Parrot hat die bei kongenital-luetischen Säuglingen auftretenden Lähmungserscheinungen auf eine eigenartige spezifische Erkrankung des Knochensystems, welche stets an der Epiphysengrenze entsteht und in der betreffenden Extremität bedeutende Schmerzen verursacht, zurückgeführt und sie als „Pseudoparalyse" bezeichnet, weil lediglich durch die Schmerzen sowohl die aktiven, wie die passiven Bewegungen der Extremität aufgehoben sind. Andere Autoren haben nachgewiesen, dafs auch bei dieser Pseudoparalyse eine Erkrankung des Rückenmarks vorliege.

Verfasser teilt die Krankengeschichte mehrerer Fälle mit und bespricht eingehend an der Hand der einschlägigen Litteratur und der eigenen Beobachtungen das klinische Bild der Krankheit und die Differentialdiagnose. Zumeist sieht man die bei angeborener Syphilis auftretenden „Pseudoparalysen" als bronchiale Monoplegien, seltener als cervikale Paraplegien erscheinen und wird dann anatomisch eine mehr oder weniger intensive Verletzung des Plexus brachialis durch Kompression annehmen müssen.

Verfasser hat in den beiden von ihm beschriebenen, letal verlaufenen Fällen das Rückenmark histologisch untersucht und folgende Befunde an den Gefäfsen konstatiert. „Die Wand der Blutgefäfse des Markes, des Cervikalganglions und der Markhüllen ist vollkommen normal. Die Blutgefäfse sind mäfsig erweitert und enthalten überall eine Unmasse von Streptokokken. Die Kapillaren sind an vielen Stellen derart durch Streptokokkenmassen erfüllt, dafs es den vollen Eindruck einer regelrechten Streptokokkenembolie macht. Die nächste Umgebung der Blutgefäfse und Kapillaren zeigt keinerlei Reaktion. Die grofsen Gefäfse sind ebenfalls erweitert, stellenweise leer und enthalten an Stellen, die vom Blut erfüllt sind, massenhafte Streptokokken." Auch in den Blutgefäfsen anderer Organe, wie der Leber, der Milz, Niere, des Darmes, fanden sich massenhaft Streptokokken. Verfasser glaubt, dafs man die Paralysen der Anwesenheit dieser Bakterien oder ihrer Toxine im Blute zuschreiben kann, da man experimentell bei Kaninchen durch intravenös und auch subcutan injizierte Streptokokkenkulturen Lähmungen, namentlich der hinteren Extremitäten, hervorgerufen hat.

Seine Betrachtungen resumiert der Verfasser folgendermafsen: „Die klinischen Erfahrungen und die experimentell bewiesenen Thatsachen, dafs bei chronisch verlaufenden Intoxikationen des Organismus durch Toxine verschiedener mikrobieller Provenienz Paresen oder Paralysen entstehen können, lassen wohl die Möglichkeit zu, dafs man bei denjenigen Fällen von Paralysen bei kongenital-luetischen Säuglingen, wo man keinerlei Knochenveränderungen im Sinne von Parrot vorfindet, wo das Centralnervensystem und die peripheren Nerven vollkommen intakt erscheinen, wo überhaupt die Ätiologie dieser Lähmungen unbekannt bleibt, auf eine toxische Einwirkung entweder des luetischen Toxins oder der Toxine der im Blute kreisenden verschiedenen Mikrobienarten denken könnte. In den erwähnten zwei Fällen waren es die Streptokokken, die im Mark, in den Spinalganglien und in allen anderen Organen vorgefunden wurden. Man kann hier die Einwirkung des Streptokokkentoxins auf die Ganglienzellen des Markes und der Spinalganglien annehmen. Es versteht sich von selbst, dafs es sich hier nur um die Einwirkung von mitigierten Streptokokken handeln könnte, wo die Abschwächung derselben durch die Chronicität der Infektion zu erklären wäre."

III. **Betrachtungen über das Jodipin**, von E. Fribes-Aachen. Im vorliegenden Schlufsartikel bringt der Verfasser kasuistisches Material, um die Wirksamkeit der Jodipinbehandlung zu illustrieren. Er berichtet mehr oder weniger ausführlich über 16 Fälle von Syphilis maligna praecox, 3 Fälle von Syphilis des Rectums, 68 Fälle von gummöser Syphilis, 4 Fälle mit häufig residivierenden Plaques muqueuses und Roseolen, 4 Tabesfälle, 1 Fall von Erbscher Paralyse, 1 Pall von Lues cerebrospinalis, 1 Fall von Lues cerebri. Fast alle Fälle sind mit Jodipineinspritzungen, Schwefelbädern und gleichzeitig auch mit energischen Quecksilberinunktionen von 5—6—8, ja 12 g Ung. cin. pro dosi behandelt worden. Diese gemischte Behandlung, so wirkungsvoll sie sich in der Mehrzahl der Fälle erwiesen hat und so berechtigt sie im Interesse der Patienten gewesen sein mag, gestattet doch nicht, die mit ihr erzielten Erfolge lediglich dem Jodipin zuzuschreiben. Indessen wäre es schon ein grofser Gewinn, wenn, wie Verfasser beobachtet hat, das Jodipin die Toleranz der Patienten für Quecksilber erhöhte und die konsequente Durchführung einer energischen Schmierkur ermöglichte. Wir wollen aber den Wert unserer Schwefelbäder nach dieser Richtung hin nicht zu gering veranschlagen. Dafs das Jodipin in einigen schweren Luesfällen mit ausgesprochener Idiosynkrasie gegen Jodkalium sich als Lebensretter für die Patienten erweisen kann, zeigt uns der Verfasser an einigen prägnanten Beispielen.

Auf der anderen Seite hat der Verfasser eine grofse Anzahl von Fällen, bei denen eine Idiosynkrasie nicht bestanden hat und Jodkalium mindestens ebenso gut gewirkt hätte, mit Jodipineinspritzungen behandelt, geleitet von der Absicht, Rezidiven in der Zukunft vorzubeugen. Bei mehreren Patienten scheint ihm dies gelungen zu sein. Allerdings ist die Beobachtungszeit für eine sichere Beurteilung noch zu kurz. Nach den neuesten Untersuchungen und Beobachtungen von Sellei (vergl. *Monatsh. f. pr. Derm.* Bd. 34. No. 12) entspricht das Jodipin den gehegten Erwartungen in dieser Beziehung nicht.

Alles in allem hat man in Jodipin ein ganz brauchbares Mittel und wird dasselbe in geeigneten Fällen — nicht unterschiedslos — mit Nutzen verwenden.

IV. **Die mikroskopische Technik im Dienste der Dermatologie**, von R. Ledermann-Berlin und S. Blanck-Potsdam. Im vorliegenden Abschnitte rekapitulieren die Verfasser aus der einschlägigen Litteratur die Methoden, nach denen kollagenes Bindegewebe, Fett, Nerven, rote Blutkörperchen gefärbt werden, besprechen dann die depigmentierenden Mittel, die histologische Untersuchung der Dermatosen und Tumoren, und zwar der Erfrierung, des Xanthoma tuberosum multiplex, der weichen Naevi, der parasitären Erkrankungen der Haut, und zwar der Psorospermien (Elemente des Molluscum contagiosum), der Darierschen Krankheit, der Blastomyceten, der Herpes tonsurans-Pilze, der Alopecia areata, der Favuspilze und des Piedra nostras. (Schlufs folgt.)

V. **Untersuchungen über die Toxicität des Blutserums bei frischer Pellagra und über die antitoxische Kraft des Blutserums geheilter Pellagrakranker**, von G. Antonini und A. Mariani. Die Verfasser berichten über die Resultate weiterer Experimente, welche sie mit dem Blutserum geheilter Pellagrakranker, vermischt mit dem Serum frischer Pellagrafälle im Verhältnisse von 1 : 10, angestellt haben. Aufserdem wurde die antitoxische Kraft des Blutserums von Ziegen geprüft, welche vorher mit verdorbenem Mais infiziert worden waren.

Die Ergebnisse bestätigen die früher mitgeteilten Schlufsfolgerungen. „Aufserdem läfst sich mit ziemlicher Gewifsheit sagen, dafs die Aussichten für eine wirksame Serumtherapie bei Pellagra günstige sind, denn es hat sich gezeigt, dafs das Serum mit verdorbenem Mais infizierter Ziegen eine beträchtliche antitoxische Wirkung auf

das Serum frischer Pellagrakranker auszuüben vermag, und zwar eine Wirkung, die diejenige des Serums geheilter Pellagrakranker noch übertrifft. Die antitoxische Wirkung dieses Blutserums ist nunmehr zweifellos erwiesen, denn bei allen unseren Versuchen haben wir die gleichen günstigen Resultate erhalten. Das Serum geheilter Pellagrakranker vermag die Toxicität des Serums Geistesgestörter, die frei von Pellagra sind, nicht in merklicher Weise abzuschwächen. Das beweist also, dafs die Wirkung eine für die durch Pellagra erzeugte Toxicität spezifische ist."

C. Berliner-Aachen.

Dermatologisches Centralblatt.

V. Jahrg. No. 7 u. 8.

Über Bromocollum solubile, von Max Joseph. Haltbare und reizlose Lösungen von Bromocoll lassen sich erzielen durch Zusatz von 6 Borax auf 10 Bromocoll. Die Lösung wird folgendermafsen hergestellt:

Bromocoll.	10,0
Aq. dest.	80,0

mixtis adde solutionem fervidam e

Natr. bibor.	6,0
Aq. dest.	54,0

filtra.

Ds. 10%ige Bromocolllösung.

Die Lösung kommt fertig in den Handel. Verfasser verwendet sie besonders gerne als Schüttelmixtur:

Bromocollum solubile	5,0—10,0—20,0
Zinc. oxyd.	
Amyl.	aa 20,0
Glycerin.	30,0
Aq. dest.	ad 100,0.

Ds. Schüttelmixtur.

Die aufgetragene Mischung trocknet schnell und bildet dann gewissermafsen einen Verband. Das Mittel bewährt sich beim Pruritus, beim Lichen simplex chronicus, bei Urticaria und subakuten resp. chronischen Ekzemen.

Ein Fall von Keratoma palmare et plantare hereditarium, von Maximilian Loewy. Durch vier Generationen wurde vom Verfasser in einer Familie das Keratoma palmare et plantare festgestellt. Die sehr starke Verdickung der Hornschicht beschränkt sich strenge auf die Volarseite und setzt sich wallartig gegen das Dorsum ab. Die Differenzen bei den verschiedenen Familienmitgliedern sind nur gradueller Natur.

Ein Beitrag zur Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten, von R. Michels. Der Aufenthalt in Yokohama ist erfahrungsgemäfs für die Besatzung der Dampfer sehr gefährlich, da sie von den dortigen Prostituierten regelmäfsig in grofser Zahl Genitalleiden acquiriert. Verfasser suchte dem Übel vorzubeugen, indem er der Mannschaft eine 10%ige Protargollösung, Paraffin und Seife zur Hand gab. Sie sollten vor dem Coitus einträufeln und einfetten, nach dem Coitus urinieren, mit Seife waschen und wieder einträufeln. Das Ergebnis dieser Prophylaxe war ein sehr günstiges. Von 200 Mann zog sich während des neuntägigen Aufenthaltes in Yokohama kein einziger eine Blennorrhoe oder Ulcus molle zu. Nur einer, der die Schutzmittel nicht benutzt hatte, acquirierte ein Ulcus durum. — Sicherlich ist dieses praktische Experiment sehr beachtenswert.

Ein Fall von Urethritis ohne bekannte Ätiologie, von ALFRED WOLFF. Ein Arzt bemerkte, nachdem er über zwei Monate sexuell abstinent gewesen war, eines Tages eine Sekretion der Urethra. Das Sekret war fast bakterienfrei, enthielt sicher keine Gonokokken. Die Urethritis verlief gutartig und schmerzfrei, nur nach Injektion von Kalium permang. waren lebhafte Entzündungserscheinungen aufgetreten. Fäden waren aber noch nach zehn Wochen im Urin zu finden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Monatsberichte für Urologie.

Band VII, Heft 4 u. 5.

Die Veränderungen der Blase nach Cystitis dissecans gangraenosa, von W. STOECKEL. Die Blasengangrän ist stets bedingt durch eine hochgradige und langwierige Urinretention. Besonders häufig giebt die Incarceration des retroflektierten Uterus gravidus die Veranlassung zu derselben. Das Leiden ist unter verschiedenen Namen beschrieben. Das klinische Bild bietet sehr prägnante Symptome: Ischuria paradoxa, Schmerzhaftigkeit der Blasenschleimhaut, Zersetzung des abträufelnden Harns, häufige Erfolglosigkeit des Katheterismus infolge von Verlegung der Katheterfenster durch gangränöse Fetzen. Der maligne Ausgang kann eintreten durch Blasenruptur, die besonders an der hinteren Blasenwand leicht erfolgt, und Peritonitis, ferner durch Perforation in den Darm, phlegmonöse Nephritis, Sepsis. Die spontane Abstoßung der diphtheritischen Schleimhaut kann in kleinen Fetzen oder in toto erfolgen, in einem Falle folgte später die Muscularis nach. Wenn manche Autoren selbst Peritoneum auf den gangränösen Fetzen nachgewiesen haben wollen, so setzt Verfasser diesem Befund einen gelinden Zweifel entgegen. Verfasser hat zwei genau berichtete Fälle lange nach der eigentlichen Erkrankung cystoskopisch untersucht. Das Bild im ersten Falle war folgendes: Trigonum Lieutaudii, Ureterenwülste und normale Ureteröffnungen nicht zu sehen, dagegen in der Gegend der letzteren tiefe, gähnende, divertikelartige Trichter, welche in die Ureteren führen. Die übrige Blasenwand glänzend weiß, nur von spärlichen, haarfeinen Gefäßsästen durchzogen, vielfach gefalten, verzogen, ausgebuchtet. Der Sphincter vesicae blaßrot. Zwischen beiden Ureterenöffnungen ein Loch, welches sich als Blasenfistel erwies. — Der zweite Fall, $1^3/_4$ Jahre nach der Erkrankung der Blasengangrän cystoskopisch untersucht, ergab fast genau dasselbe Bild, welches eine beigegebene Tafel wiedergiebt. — Das Resultat der Gangrän ist nach diesen Befunden eine Narbenschrumpfblase mit stark reduziertem Gesamtvolumen bei teilweise erhaltener Blasenmuskulatur.

Theorie und Praxis in der BOTTINIschen Operation, von ALBERT FREUDENBERG. Polemik gegen eine Kritik der BOTTINIschen Operation und der von FREUDENBERG gemachten technischen Angaben, welche SCHLAGINTWEIT geübt hat. Daran schließt dann die übliche Erwiderung des letzteren an. Die Sache hat wenig Interesse, nur soviel ist für den objektiven Leser bemerkenswert, daß der um die Einführung der BOTTINIschen Operation sehr verdiente FREUDENBERG sich auf relativ große praktische Erfahrungen stützt, während SCHLAGINTWEIT lediglich vom theoretischen Standpunkt aus kritisiert.

Über die Atonie der Prostata, von MORITZ POROSZ (POPPER). Das als Atonie der Prostata vom Verfasser gezeichnete Krankheitsbild zeigt folgende Symptome: Die Prostata fühlt sich wenig konsistent an, ist weich, flach, zuweilen sogar unfühlbar. Das exprimierte, mit dem Harn entleerte Sekret zeigt sagoartige Partikelchen. Die atonische Prostatamuskulatur bedingt eine Reihe von Thätigkeitsabweichungen. Zunächst häufigere Pollutionen in der Nacht; später lassen diese nach, aber beim Stuhl,

bei jeder Anstrengung entleert sich der Inhalt der Samenblase. — Die Erektionen lassen nach, weil die dieselben auslösende Spannung der Samenblase nicht zu stande kommt, weil ihr Inhalt leichter abfliefsen kann. Die Ejakulation erfolgt zu schnell, das Wollustgefühl nimmt ab. Die Erschlaffung des Blasensphinkter bedingt häufigeren Harndrang mit Nachträufeln des Harns. — Ursachen dieser Atonie sind abusus in venere durch Onanie, übermäfsiger oder unregelmäfsiger Coitus. — Verwirrt und kompliziert wird das Krankheitsbild durch eine Prostatitis post blennorrhoeam.

Beitrag zur Frage der Nephrolitiasis, der Hydro- und Pyonephrose, von Johannes Dsirne. Der erste Teil einer gröfseren Abhandlung, welche die gesamte Pathologie der im Titel genannten Leiden betrifft.

Beitrag zur Technik der Janetschen Spülungen der Harnröhre, von H. Lohnstein. Die Schwierigkeiten, welche Verfasser bei der Ausführung der Janetschen Spülungen dadurch gefunden hat, dafs er selbst die Kanüle in der Urethra festhalten mufs, veranlafste ihn, einen kleinen Apparat zu konstruieren, der dieselbe festhält. Ein federnder Ring umfafst den Penis; vom ihm geht eine Schiene aus, welche am Ende einen zweiten, kleineren federnden Ring trägt, in den das Ansatzstück eingesetzt wird. Mit dem Apparate gehen die Spülungen leicht von statten und der Arzt kann sich während derselben ruhig vom Patienten entfernen. (Ref. hat stets die Kanüle vom Patienten halten lassen und nie dabei Schwierigkeiten gehabt. Der Apparat mag also ganz gut gehen, aber es geht auch ohne ihn.)

Jesner-Königsberg i. Pr.

Annales de maladies des organes génito-urinaires.

1902. Heft 4.

1. **Syphilis der Blase,** von Michel de Margoulièe-Odessa. Nach einem kurzen Hinweis auf die merkwürdige Thatsache, dafs die luetischen Manifestationen an der Blase in keinem der zahlreichen Spezialwerke über die Syphilis Erwähnung finden, beschreibt der Verfasser in Kürze die wenigen, bisher veröffentlichten Fälle von Blasensyphilis und teilt dann ausführlich drei eigene diesbezügliche Beobachtungen mit. Im ersten Falle handelte es sich um eine 41jährige, früher stets gesunde Frau, die vor einigen Jahren, nachdem vier normale Geburten vorausgegangen waren, eine Frühgeburt gehabt hatte. Bei der Frau, bei der sich an den Unterschenkeln kleine, rundliche, weifse Narben und Schwellung der Leistendrüsen fanden, war vor ca. einem Jahre plötzlich Hämaturie aufgetreten; dieselbe war von Schmerzen im linken Hypochondrium begleitet gewesen und hatte zwei Tage gedauert. Die Anfälle von Hämaturie wiederholten sich zuerst in gröfseren, dann in immer kürzeren Zwischenraume und dauerten immer länger an; während der letzten 2—3 Monate enthielt der Urin konstant Blut. Dabei wurde das Bedürfnis, zu urinieren, immer häufiger und die Schmerzen, die vom linken Hypochondrium nach der Blase zu ausstrahlten, heftiger. Das Allgemeinbefinden war sehr gut, die Kapazität der Blase normal, der Urin enthielt, vom Blute abgesehen, keine abnormen Bestandteile. Bei der endoskopischen Untersuchung fand sich im Fundus der Blase ein aus drei bohnengrofsen, dicht beisammen stehenden Tumoren gebildetes, von hyperämischer Schleimhaut umgebenes Neoplasma, das als Carcinom aufgefafst wurde. Da die Patientin sich zu einer Operation zunächst nicht entschliefsen konnte, da andererseits einige Momente den leisen Verdacht, dafs es sich um eine syphilitische Affektion handeln könne, wachriefen, wurde Jodkalium gegeben. Unter dem Einflusse dieser Medikation nahm der Blutgehalt des Urins rasch und stetig ab, der Tumor verkleinerte sich; nach einigen Wochen war der Harn vollständig frei von Blut und der Tumor verschwunden, an seiner Stelle

fand sich eine nur schwer sichtbare Narbe. Der Erfolg der Therapie beweist, daſs es sich in diesem Falle um einen gummösen Prozeſs in der Blase gehandelt hat. — Der zweite Fall betraf einen 35jährigen Mann, der sich vor 6 Jahren luetisch infiziert hatte und nur einige Wochen hindurch mit Quecksilbereinreibungen behandelt worden war. Der Patient hatte seit mehreren Wochen heftige Schmerzen in der Blasengegend, besonders am Schlusse der Harnentleerungen, deren Zahl bedeutend vermehrt war; in der allerletzten Zeit kam am Ende der Miktionen Blut. Der Urin enthielt 1,3‰ Albumen, ziemlich zahlreiche Leukocyten und vereinzelte Erythrocyten; die Blasenkapazität war normal, das Allgemeinbefinden sehr gut. Die endoskopische Untersuchung ergab im Fundus der Blase eine von einem dunkelroten Hofe umgebene Ulceration, deren Ränder zerfetzt erschienen; der Grund war grau belegt. Da eine tuberkulöse Affektion mit Sicherheit auszuschlieſsen war, konnte es sich nur um eine syphilitische Ulceration handeln. Der Kranke erhielt Quecksilbereinreibungen und Jodkalium innerlich; nach drei Wochen waren alle Symptome verschwunden, an Stelle des Geschwürs fand sich eine kleine Narbe. — Im dritten Falle endlich handelte es sich um einen 55jährigen Mann, bei dem der Urin seit einigen Wochen Blut enthielt und die Miktionen schmerzhaft und an Zahl bedeutend vermehrt waren. An dem Patienten fanden sich auſserdem die Symptome einer beginnenden Tabes, Ascites, Ödem der Unterschenkel, ferner eine Narbe auf der dorsalen Fläche des Penis, Schwellung der Leistendrüsen und symmetrisch angeordnete Narben an den Unterschenkeln. Der Urin enthielt, abgesehen von einer beträchtlichen Menge von roten Blutkörperchen, 4‰ Eiweiſs, aber keine Formelemente. Unter entsprechender Behandlung verschwanden zwar Ödeme und Ascites, nicht aber die Hämaturie. Die Kapazität der Blase war andauernd sehr stark vermindert, so daſs die endoskopische Untersuchung unmöglich war. Die Diagnose lautete auf syphilitische Cystitis. Unter Quecksilbereinreibungen und Verabreichung von Jodkalium wurde im Verlaufe von ca. 4 Wochen der Urin frei von Blut die Zahl der Miktionen bedeutend geringer, die Kapazität der Blase normal. Bei der nunmehr vorgenommenen endoskopischen Untersuchung fand sich auſser einer trabekulären Hypertrophie der Blasenmuskularis nichts Abnormes.

Die drei Beobachtungen beweisen, daſs die syphilitischen Ulcerationen der Blase und die syphilitischen Cystitiden ebenso wie die syphilitischen Affektionen der anderen inneren Organe keinerlei spezifische Erscheinungen darbieten. Auffallend ist höchstens der Umstand, daſs bei Blasensyphilis der Allgemeinzustand trotz heftiger lokaler Symptome oft ein sehr guter ist und daſs der Urin keine bedeutenden Veränderungen in seiner Zusammensetzung aufweist.

2. Studie über die geographische Verbreitung der Harnsteinkrankheit, von Pierre Sebguiensky. Der Artikel wird fortgesetzt.

3. Durch Gonokokken verursachte Eiterung einer Herniotomiewunde bei einem Blennorrhoiker, von O. Guelliol-Reims. Bei einem jungen Manne wurde am vierten Tage nach der Radikaloperation einer Leistenhernie Temperatursteigerung auf 38,2° und Eiterung der Wunde konstatiert. Der Eiter enthielt Gonokokken. Der Mann hatte, wie sich erst nach der Operation herausstellte, eine akute Blennorrhoe. Die Eiterung dauerte mehrere Wochen lang an. Es erscheint sicher, daſs die Infektion der Wunde durch direkte Übertragung von Gonokokken während der Operation stattfand. — Einen ganz analogen Fall hat vor kurzem Toussaint beschrieben.

Götz-München.

The British Journal of Dermatology.

Band 14. Mai 1902.

I. **Über das Auftreten von Blasen beim Lichen planus,** von Arthur Whitfield-London. Eine 27jährige, phthisisch stark belastete, schwächliche Waschfrau bekam im August 1901 in der Mitte des rechten Armes einen roten, intensiv juckenden Fleck, dem bald andere an beiden Armen und Beinen, schliefslich am ganzen Körper nachfolgten. Sie wurde lange Zeit mit Arseniktropfen behandelt. — Gegenwärtig sind die erwähnten Stellen bedeckt von einem diffusen, bläulichroten, etwas schuppigen Ausschlage, der sich am Rande in einzelne, typische, polygonale Lichenpapeln verliert. Das Gesicht ist frei von Efflorescenzen. Am Halse sieht man eine grofse Zahl ziemlich tief pigmentierter Papeln. Die Nägel sind intakt, die Handteller zeigen diffuse Keratosis.

An der rechten unteren Extremität bemerkte man, abgesehen von der diffusen, schuppigen Röte, eine wallnufsgrofse, gespannte Blase, am Fufse einige kleinere Bläschen und Blasen, daneben auch wiederum charakteristische Lichenpapeln. Am linken Bein befanden sich 3—4 ähnliche Blasen, wie am rechten. Das Jucken war aufserordentlich stark, wovon die zahlreichen Kratzeffekte zeugten. Die Patientin sah infolge der schlaflosen Nächte blafs und abgemagert aus.

Die Behandlung bestand in innerlichen Gaben von Sublimat und Jodkalium 3 mal täglich und in heifsen Teerbädern. Der Zustand besserte sich zusehends, nach 3 Wochen verliefs die Patientin das King's College Hospital. Der Ausschlag war gänzlich verschwunden; nur am Halse war eine schwache Pigmentation zurückgeblieben. Im Februar 1902 bekam sie einen leichten Rückfall, der jedoch wieder in der Besserung begriffen ist.

Die Untersuchung des Blutes ergab:

Erythrocyten	4600000 per cmm
Leukocyten	14000 „ „

Unter den letzteren:

Polynukleäre	82,6%
Lymphocyten	12,6%
Grofse mononukleäre	4,8%
Eosinophile	0,4%.

Die mikroskopische Untersuchung des klaren Blaseninhaltes ergab eine geringe Zahl von Leukocyten, unter denen etwa 20% eosinophile, die übrigen polynukleäre waren. Die bakteriologische Untersuchung ergab sehr wenige Staphylokokken und Streptokokken.

Die histologische Untersuchung einer excidierten Efflorescenz zeigte, dafs die Blase durch eine Trennung der ganzen Epidermis von den Papillen entstanden war und das Bild einer enorm vergröfserten Lakume darbot, wie man sie gewöhnlich beim Lichen planus vorfindet. Unterhalb der Blase waren die Papillen abgeflacht; der oberflächliche Keil des Coriums zeigte sich mit verschiedenen Arten von Zellen infiltriert, zumeist waren es polynukleäre, doch fehlten nicht eosinophile. mononukleäre und junge Bindegewebszellen.

Der Verfasser vergleicht seine Befunde mit analogen Fällen aus der Litteratur.

II. **Einige postvaccinale Ausschläge,** von W. T. Freemann. Der erste Fall, den Verfasser beobachtete, betraf ein 23jähriges Mädchen, das am sechsten Tage nach der Impfung am rechten und linken Handgelenk, sowie auf dem Handrücken eine Anzahl von Papeln bekam. Der ganze Arm war geschwollen. Zwei Tage später waren alle Papeln vesikulös oder halbpustulös und mit einer Delle versehen. Sie trockneten nach Art der gewöhnlichen Impfpusteln ein; es bildete sich eine dunkle

Kruste, die am Ende von 3 Wochen abfiel. Der Rumpf war völlig frei von Ausschlag. Verfasser hält denselben für generalisierte Vaccinia. — In einem anderen Falle, der eine 25jährige Lehrerin betraf, entwickelte sich unter entzündlicher Schwellung und Röte der geimpften Partien 8 Tage nach der Impfung ein Erythem, das sich vom Arm aus über den ganzen Körper verbreitete. Als Verfasser die Patientin zum ersten Male sah, hatte der Ausschlag den Charakter eines Erythema multiforme. Hier bemerkte man Efflorescenzen des Erythema papulatum, dort des Erythema tuberculatum. Andere sahen aus wie ein Erythema annulare oder gyratum. Einzelne Efflorescenzen glichen Urticariaquaddeln. In 14 Tagen war der Ausschlag verschwunden.

Der dritte Fall betraf einen 54jährigen, schwächlichen Mann, der vor 3 Wochen geimpft worden war. Derselbe bekam unter Mattigkeit und Fieber zuerst am Stamm, dann am ganzen Körper einen Blasenausschlag. Die Blasen enthielten zumeist einen klaren Inhalt, nur einzelne waren schwach hämorrhagisch. Die durch Bersten ihren Inhalt abgaben, trockneten rasch ein. Der Patient hatte gleichzeitig Gelenkschwellung und Gelenkschmerzen. Nur langsam erholte er sich von seiner Krankheit, nachdem alle Blasen eingetrocknet und keine neuen mehr aufgetreten waren.

Von Interesse sind 2 Fälle, welche Geschwister betrafen. Ein 4jähriges Mädchen bekam eine Woche nach der Impfung einen typischen Masernausschlag. Nur das Gesicht blieb frei. Die Beine waren spärlich befallen. 3—4 Wochen später wurde ein jüngerer Bruder geimpft, und derselbe masernartige Ausschlag brach um die Zeit der Bildung der Impfpusteln aus, um wenige Tage darauf, ebenso wie bei der Schwester, mit Hinterlassung pigmentierter Stellen zu verschwinden.

In beiden Fällen ging der Ausschlag von den Impfstellen aus, wurde jedoch rasch universell. *C. Berliner-Aachen.*

Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.

Band 20. Mai 1902.

I. **Vorläufiger Bericht über 2 Fälle von Hautblastomykosis (blastomycetische Dermatitis Gilchrist)**, von F. H. Montgomery - Chicago. Die 28jährige Frau, Mutter von 3 Kindern, bekam während der letzten Gravidität einen Ausschlag am Körper und um dieselbe Zeit einen Abscefs in der linken Leistengegend und einen anderen am rechten Vorderarm. Vor 2 Monaten, nachdem der Ausschlag verschwunden war, schwoll das rechte obere Augenlid an und wurde schmerzhaft. Die Schwellung brach auf und eine beträchtliche Menge Eiter kam zum Vorschein. Neue Stellen wurden in ähnlicher Weise befallen, während die alten mit Narbenbildung abheilten. Einzelne erkrankte Stellen hatten ein blumenkohlartiges Aussehen, andere waren mit Krusten bedeckt. Das Krankheitsbild war im weiteren Verlaufe vorwiegend charakterisiert durch papillenartige Erhabenheiten und miliare Abscesse. Unter Jodkalium trat rapide Besserung und schliefsliche Heilung ein. Die Anamnese ergab keinerlei Anhaltspunkte für Syphilis oder Tuberkulose.

Die mikroskopische Untersuchung des Eiters und der weichen Gewächse ergab die charakteristischen, stark lichtbrechenden Gebilde mit einer doppeltkonturierten Kapsel und einem zumeist körnigen Protoplasma. Aufserdem wurden Riesenzellen, aber keine Tuberkelbacillen gefunden.

Fall 2 bot ähnliche Befunde dar.

II. **Akne und Sykosis, behandelt mit Röntgenstrahlen**, von A. Pusey-Chicago. Elf weibliche Patienten, welche mehr oder weniger lange Zeit an Acne vulgaris gelitten hatten, wurden ausschliefslich mit Röntgenstrahlen, ohne Zuhülfenahme jeder anderen Methode behandelt. Hierdurch war es möglich, ein einwandsfreies Urteil über die Wirkung der Röntgenstrahlen auf die Akne zu erhalten. Es

wurden, um jede üble Nebenwirkung zu vermeiden, nur sehr schwache Ströme verwandt und bei dem ersten Anzeichen von Pigmentation oder Erythem mit den Expositionen sofort sistiert. In allen Fällen konnte eine direkte, günstige Einwirkung konstatiert werden. Die Verfasserin glaubt auf Grund ihrer Beobachtungen die Röntgenbehandlung der Acne vulgaris über jede andere Behandlungsmethode setzen zu dürfen. Doch warnt sie wiederholentlich vor zu starken Strömen und zu langen Expositionen. Auch ein hartnäckiger und schwerer Fall von Sycosis barbae bei einem 35jährigen Manne wurde nach langer, mühsamer Röntgenbehandlung, nachdem es erst zu einer akuten Dermatitis gekommen war, schliefslich doch noch zur vollständigen Abheilung gebracht.

III. **Wiederersatz eines Scrotums durch plastische Operation,** von R. Guiteras-New York. Ein 25jähriger Arbeiter akquirierte vor 2 Jahren eine Urethritis, die bis vor 5 Monaten anhielt. Vor 2 Monaten bekam er an den Genitalien eine Schwellung, die von Röte und Schmerzhaftigkeit begleitet war. Der Zustand verschlimmerte sich rapide, die Haut über den Genitalien wurde schwarz und fiel ab. Bei der ersten Untersuchung waren Penis und Scrotum der Oberhaut vollständig entblöfst und sahen rot und roh aus. Die Testikel lagen offen da und waren gegen die Pubes nach oben gezogen. Ein übelriechendes Sekret bedeckte die entblöfsten Stellen. Die Demarkationslinie war ganz unregelmäfsig.

Die plastische Operation, die vorgenommen wurde, bestand zunächst in Abrunden der unregelmäfsigen, durch den nekrotischen Schorf hervorgerufenen Kanten, sodann wurden zwei ovale, passend grofse Lappen oberhalb der Pubes und zwei andere von der Innenfläche der Oberschenkel herausgeschnitten, über die Testikel gebracht und vernäht. Einige kleine, vom Oberschenkel excidierte Hautläppchen wurden auf den Penis transplantiert. Die Heilung erfolgte ohne Zwischenfall und der Patient konnte das Hospital mit intakten Genitalien verlassen.

IV. **Zwei Fälle eines seltenen Bromausschlages,** von T. F. Wallhauser-Newark. Ein 15jähriges Mädchen wurde im Anschlusse an eine geringfügige Verletzung des Zeigefingers von Melancholie, dann von hysterischen Krämpfen befallen, gegen welche Bromkalium verordnet wurde.

In der dritten Woche der Behandlung bekam das Mädchen an beiden Unterextremitäten einen Ausschlag, der aus kleinen Papeln bestand. Dieselben wurden im weiteren Verlaufe vesikulös, bedeckten sich dann mit einer gelblichgrünen, festhaftenden Kruste, die schliefslich eintrocknete. Stellenweise konfluierten die Papeln und bildeten gröfsere Plaques.

In dem zweiten Falle litt die 36jährige Patientin seit einigen Jahren an Epilepsie, gegen welche der Arzt Bromkalium verordnete. Ein Jahr nach Beginn dieser Behandlung entwickelten sich am Unterschenkel unterhalb des Kniegelenks fungöse Massen, welche einen pigmentierten, aus zahlreichen, glatten, runden Papeln bestehenden centralen Teil umgaben. Aufserhalb des Bereiches der Läsion befanden sich viele oberflächliche vesikulöse und pustulöse, in verschiedenen Entwickelungsstadien begriffene Efflorescenzen. Sie fangen als kleine, stecknadelkopfgrofse Bläschen an, welche gewöhnlich die Haarfollikel umgeben, werden dann erbsengrofs, füllen sich mit Eiter an, nach dessen Entleerung die vergröfserten Papillen sichtbar sind. Die letzteren vergröfsern sich weiter und erhalten das Aussehen eines Granuloms. Dieser Prozefs dauert etwa 4—6 Wochen, worauf die Resolution einsetzt, die fungösen Massen schrumpfen und zu flachen Papeln herabsinken, die nach längerer Zeit verschwinden und eine glatte, glänzende Haut zurücklassen.

In beiden Fällen wurde mit der Brommedikation aufgehört. Fall 1 heilte in 7, Fall 2 in 10 Wochen ab. *C. Berliner-Aachen.*

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.
1902. Heft 2.

Einige Untersuchungen über die Pathogenese und Histologie des Condyloma acuminatum, von Virginio Ramazzotti. Verfasser bezweifelt die Kontagiosität des spitzen Condyloms; besonders beweisend erscheint ihm der Fall eines 50jährigen Mannes mit angeborener Phimose, mit Balanoposthitis und zahlreichen üppigen Vegetationen, der nie anderen geschlechtlichen Verkehr gehabt hatte, als mit seiner Frau; diese war aber von Condylomen vollständig verschont geblieben. Nach R.s histologischen Untersuchungen können weder der Streptococcus von Fabris und Fiocco, noch die Sporozoen von Ducrey und Oro als Erreger der Affektion angesehen werden. Die als Coccidien resp. Blastomyceten beschriebenen Körper im Epithel sind Degenerationsformen der Zellen. Bis zum gegenteiligen Beweise müssen für die Pathogenese des Condyloms mechanische und chemische Momente (Reibung, normale und pathologische Sekrete) herangezogen werden; auch eine verminderte Widerstandsfähigkeit bei einzelnen Individuen mag mitwirken.

Beitrag zum Studium der Blennorrhagia acuta anterior, von C. Calderone. Verfasser impfte blennorrhoischen Eiter in die Urethra von Phthisikern, die kurz vor dem Exitus letalis standen. Die Autopsie ergab, dafs alle Epithelien vom Gonococcus befallen werden können, das Pflasterepithel leistet aber gröfseren Widerstand als das cylindrische. Auch in das subepitheliale Bindegewebe dringt der Gonococcus, und hierauf ist in einzelnen, allerdings seltenen Fällen die kleinzellige Infiltration zurückzuführen, die sonst eine Fernwirkung darstellt. Schon 17 Stunden nach der Impfung war das Cylinderepithel stark geschädigt. Lag die Impfung längere Zeit zurück, so konnte man das Epithel und die obersten Bindegewebslagen kaum mehr unterscheiden, alles war auf einen Haufen von weifsen Blutkörpern, Zelltrümmern und Exsudationsprodukten reduziert. Die kleinzellige Infiltration erstreckte sich in den schwersten Fällen bis zu den Trabekeln des Corpus cavernosum.

In einer zweiten Versuchsreihe brachte Verfasser Lösungen der gebräuchlichsten Injektionsmittel in die Urethra von Hunden, die nach bestimmter Zeit getötet wurden. Argentum nitricum durchdringt schon in $^1/_2$%iger Lösung alle Schichten des Epithels bis zum Stratum germinativum, zuweilen wird auch dieses zerstört, so dafs die Urethra direkt von Bindegewebe begrenzt wird. An Stelle des Epithels erscheint ein gleichförmiger schieferfarbener Streifen von Silberalbuminat. Die Wirkung auf das Bindegewebe bestand bei $^1/_2$%iger Lösung in deutlicher reaktiver Entzündung mit reichlichem, kleinzelligen Infiltrat, und zwar schon nach einer Stunde, noch stärker nach 24 Stunden. Bei einer 1%igen Lösung war die Entzündung im Bindegewebe geringer und nahm noch ab bei 2%. Wurde aber 2%ige Lösung in grofsen Mengen injiziert, so fand sich sogar im Corpus cavernosum ein Ätzschorf. Sublimat 1 : 2000, phys. NaCl-Lösung, Kalium permang. 1 : 2000 und Zinc. sulfur. 1% wirkten bedeutend schwächer, und zwar nahm die Intensität ihrer Wirkung in der angegebenen Reihenfolge ab. Noch milder und nur ganz oberflächlich wirkt Ichthyol 5%. Sowohl Protargol wie Argentamin bilden mit dem Eiweifs der Zellen einen Niederschlag, besonders Argentamin, dessen kaustische Wirkung kaum der des Argentum nitricum nachsteht. Die Verknüpfung beider Versuchsreihen und ihre therapeutische Nutzanwendung überläfst Verfasser dem Leser.

Über einen Fall von syphilitischer Tabesparalyse, von Giacomo Pighini. Nur von kasuistischem Interesse.

Erster Beitrag über die Restitutio ad integrum der Haut bei Entzündungen, von Carlo Vignolo-Lutati. (Wird fortgesetzt.)

Über die sogenannten Plasmazellen in den Hautgranulomen — Morphologie, Ursprung, Schicksal und Funktion, von P. L. Bosellini. (Wird fortgesetzt.)

Betrachtungen und Untersuchungen über die Wirkung der Massage auf die Haut, von G. B. Fiocco und G. B. Locatelli. Ihre experimentellen Untersuchungen stellten die Autoren vorzugsweise an Schweinen an, deren Haut sich im Bau mehr der menschlichen nähere, als die der Kaninchen und Meerschweinchen. Wurde einfach mit den Händen massiert, so fand sich makroskopisch Hyperämie und vermehrte Dicke und Succulenz der betr. Hautpartie, sowie beschleunigtes Wachstum der Haare. Mikroskopisch wurde Hyperplasie sämtlicher Schichten der Epidermis konstatiert, augenscheinlich als Folge der stärkeren Durchfeuchtung, die sich im Stratum mucosum als interepitheliales Odem äufsert. Degenerative Prozesse sind dabei nicht vorhanden; vielmehr deutet alles auf erhöhte Vitalität der Zellen. Das Bindegewebe ist ödematös und besonders auch der Papillarkörper; Endo- und Perithelien der Gefäfse sind stark verbreitert. Bei der Vibrationsmassage traten alle diese Veränderungen in noch stärkerem Grade auf, die Hyperämie und das Ödem steigerten sich bis zu entzündungsähnlichen Erscheinungen. Speziell im Stratum mucosum bildete sich deutliches perinukleäres Ödem. Immerhin handelte es sich aber auch hier nicht um eine chemotaktische, sondern um eine rein mechanische Wirkung.

Offener Brief an Professor Truffi, von A. Reale. Verfasser erklärt seine früheren Behauptungen gegenüber Truffi als nicht widerlegt durch dessen Entgegnung (vergl. die beiden vorigen Hefte des *Giornale*) und beharrt auf seinem Standpunkt.

M. Levor-Hamburg.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Saprophyten und Fremdkörper.

Zwei neue Fälle von multiplen Blasen des Cysticercus cellulosae mit epileptoiden Krämpfen, von Eugenio Sipari-Neapel. (Angelo Trani, Neapel 1900.) In dem einen Falle fanden sich 137 erbsen- bis haselnufsgrofse, prallelastische Tumoren in der Subcutis des ganzen Körpers verteilt. Der erste war vor zwei Jahren in der Magengegend unter gastrischen Störungen aufgetreten. $1^1/_2$ Jahre später erfolgte während des Schlafes ein epileptiformer Anfall; wenige Tage darauf bemerkte Patient auch an anderen Körperstellen kleine Tumoren. Nach drei Monaten trat ein zweiter Krampfanfall ein. Ein Arzt hielt die Affektion für Spätsyphilis und gab Sublimatinjektionen und Jodkalium. In de Amicis Klinik wurde Cysticercosis cutanea mit epileptoiden Konvulsionen diagnostiziert, und Calciumphosphat innerlich, Einspritzung von Sublimatlösung in die Cysten, Ecrasement angewandt. Der zweite Fall verlief ähnlich. Verfasser glaubt, dafs Proglottiden aus dem Darm in den Magen gelangen und Autoinfektion erzeugen können. Die Komplikation durch epileptiforme Krämpfe fand sich unter 7 Fällen von Cysticercosis cutanea aus der genannten Klinik 4 mal.

Max Levor-Hamburg.

Über Filaria sanguinis, von E. Sobotta. (*Allg. med. Centralztg.* 1901. No. 84.) Aus dieser Besprechung einiger neuerer Arbeiten ist hervorzuheben, dafs die Filaria in mehreren Abarten vorkommt, als Filaria perstans, als Filaria diurna und als Filaria nocturna. Das Eindringen in das menschliche Blut geschieht nach den Untersuchungen

von Patrick Manson, Low, Dutton in ähnlicher Weise wie das der Malariaparasiten, nämlich durch den Stich von Mosquitos (Anopheles und Culex). Die von den Filarien verursachte Veränderungen bestehen in Abscessen, Lymphgefäfsentzündungen (Elephantiasis) und Chylurie; besonders gefährlich scheint die Filaria nocturna zu sein. Eine Ähnlichkeit mit der Malaria besteht nach Finnoaue auch darin, dafs das Chinin die Larven vernichtet und sich daher zur Behandlung der Filariose eignet; im übrigen ist die Behandlung hauptsächlich eine chirurgische. *A. Loewald-Graudens.*

Über einen autochthonen Fall von Piedra, von P. S. de Magalhães. (Rio de Janeira, März 1901.) Verfasser beschreibt einen Fall dieser Affektion, den er bei einer 26jährigen Frau, welche niemals mit Personen im Kontakt gewesen, die von der Krankheit befallen waren und auch niemals eine Gegend bewohnt hatte, wo dieselbe vorzukommen pflegt. Die Patientin war sehr reinlich und die Infektionsquelle ist in dem speziellen Falle eine vollständig dunkle. Oberflächlich betrachtet sahen die Haare wie von „Nissen" besetzt aus. Die mikroskopische Untersuchung der Knötchen, die teils seitlich am Haarschaft, teils so gelegen waren, dafs sie von diesem in der Mitte durchzogen waren, ergab das Vorhandensein von Sporen, welche scheinbar einem Pilze der Gattung Askomyces angehörten. Therapeutisch wurden Waschungen mit 1‰iger Sublimatlösung und zwar mit bestem Erfolge angewandt. *C. Müller-Genf.*

Einen Fall von Argyrie stellte Nékám in der k. ung. Ärztegesellschaft vor (27. Nov. 1901). Der kräftige Patient acquirierte im Jahre 1891 eine Primäraffektion, ob sekundäre Erscheinungen folgten, ist aus der Anamnese nicht mit Bestimmtheit zu konstatieren. Der Kranke liefs sich anfangs von einer Kurpfuscherin, später von einem Arzte behandeln, der ihm Lapistuschierungen in Bacillenform für die Schleimhaut, jeden dritten Tag anzuwenden, verordnete. Der Kranke in seinem Übereifer tuschierte sich nun täglich und als nach einem Jahre die Gesichtsfarbe grau wurde, griff er mit um so gröfserer Energie zu den Lapispinselungen. Im Verlaufe von drei Jahren verbrauchte er für 120 Gulden Argent. nitr.; im Jahre 1898 wendete er sich wieder ärztlicher Hülfe zu, wo die Ursache seiner Hautverfärbung erkannt, die Silberpinselungen ausgesetzt und während zwei Jahren Jodkalium verordnet wurde. Die Verfärbung war im Jahre 1899 am dunkelsten, seit dieser Zeit ist etwas Abblassung zu konstatieren. *A. Alpár-Alexandria.*

Mifsbildungen.

Naevus verrucosus in Verbindung mit gewissen Pigmentanomalien, von H. Taylor - Colchester. Engl. (*Lancet.* 11. Jan. 1902 und *New York. med. Journ.* 8. März 1902.) Der Fall ist deshalb bemerkenswert, weil bei dem 19jährigen Patienten die Hautveränderungen ausschliefslich auf die rechte Seite beschränkt, auf bestimmte Hautnervenbezirke verteilt und die stark pigmentierten Papillome mit einfachem Pigment in der Haut abwechseln. Das Warzenmal safs auf der rechten Brustseite, sich bis in die Achselhöhle hinein erstreckend, in der Mittellinie des Körpers wird es durch eine rotbraun pigmentierte Linie ersetzt, welche bis zum Nabel reicht, wo wieder einige Warzen erscheinen. An der Innenseite des rechten Beines, von der Hüfte bis zum inneren Knöchel ist eine zweite feine Pigmentlinie, welche am Fufsrande in 5—6 ovale, erhabene, farblose Fleckchen von Lederkonsistenz übergehen (weifse Male nach Hutchinson?). (Siehe die zwei Abbildungen.) Andere Hautveränderungen sind nicht vorhanden, Patient leidet nur an der befallenen rechten Seite an ausgesprochener Hyperhidrosis, mit deren bei unsauberen Personen unvermeidlichen Folgen. *Stern-München.*

Die Röntgenstrahlen bei Hypertrichosis, von J. Startin - London. (*Lancet.* 16. Nov. 1901.) In einer kurzen Zuschrift an den Herausgeber führt S. aus, dafs er ca. 40 derartige Fälle zu seiner vollen Zufriedenheit behandelt hat. Seiner Erfahrung nach hat man die besten Erfolge, wenn man etwa 14 Tage lang täglich 10 Minuten exponiert und nach 2—3 Monaten dann die Behandlung einmal oder mehr wiederholt.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. *Penis, Urethra, Blase.*

Über 25jährige Erfahrungen in der Chirurgie der Harnwege (Harveian Lectures), von G. Buckston Browne-London. (*Lancet.* 16. Nov. 1901.) Aus den im allgemeinen recht interessanten Auslassungen des Verfassers mögen folgende Bemerkungen hier Platz finden: Das nach dem Katheterisieren einsetzende Fieber beruht im wesentlichen auf einer vorübergehenden oder auch bis zum Tode anhaltenden Unterdrückung der Nierenthätigkeit durch reflektorischen Shock von der mit einem ungeheuren Nervenreichtum ausgestatteten Urethra aus. Frauen und Kinder vertragen das Katheterisieren besser als Männer; bei ersteren ist die Harnröhre blofs ein Ausführungsgang für den Urin, bei letzteren ist sie zugleich ein sexuelles Organ. Vor Einführung der Choroformnarkose verlief die Amputation des Penis oft tötlich infolge der damit verbundenen Nervenerschütterung. Aus dem gleichen Grunde ist die Einführung eines Bougies im Stehen, wenigstens bei der ersten Vornahme dieser Manipulation, ein gefährliches Unterfangen. Aus diesem Grunde hat Sir H. Thompson stets so viel Gewicht auf sanftes Manipulieren gelegt und sich auch nicht mit den riesigen Instrumenten von Bigelow ohne weiteres befreunden können. Immerhin behandelt B. Steine, welche 16—18 E passieren, in der Regel durch Litholapaxie, aufser wenn der Urin unrein ist, oder sonstige Gegenindikationen vorliegen. Sonst führt er die Sectio alta vesicae aus, während er den Steinschnitt vom Perineum aus als veraltet verwirft. Er hat bei namhaften Chirurgen (Syme) intensive Blutungen dabei auftreten sehen, und Fisteln sind nicht ausgeschlossen. Von praktischer Wichtigkeit ist es, die Blase 4—5 Tage nach der Lithotripsie ein zweites Mal auszuspülen. Die Erfahrungen der Chirurgen in Indien darf man ja nicht ohne weiteres auf europäische Verhältnisse übertragen, namentlich was die Nachbehandlung betrifft.

Betreffs der Patienten mit Prostatahypertrophie giebt B. eine keineswegs besonders ungünstige Prognose, falls das Katheterisieren wirklich aseptisch ausgeführt wird; die Kastration und Vasektomie verwirft er durchaus. Für einzelne, passende Fälle empfiehlt er die McGillsche Operation der digitalen Enukleation der Prostata nach hohem Blasenschnitt, ohne aber die grofsen Gefahren dieser Operation zu verkennen. Als interessante Beobachtung berichtet er über einen Patienten, der nach 10jährigem absolutem Unvermögen, Urin anders als per Katheter zu entleeren, in dieser Weise operiert wurde und seitdem jetzt bereits 9 Jahre lang, in seinem 82. Jahre, ganz spontan uriniert. Als praktischen Wink bei der Ausführung der Operation erwähnt B. die Zweckmäfsigkeit, die Blasenwand durch eine Steinsonde emporzuheben, um das Anschneiden etwa vorstehender Tumormassen zu vermeiden. Die von anderer Seite gemachte Angabe, dafs man die Prostata in toto enukleieren könne, erklärt B. für eine anatomische Unmöglichkeit; die Pars prostatica urethrae sei einfach ein Teil der Prostata selbst.

In Bezug auf Strikturen der Harnröhre führt B. aus, dafs eine Radikalbehandlung nötig wird, sobald ein Bougie von 8 oder 9 E nicht mehr durchgeht. Falls die

Dilatation nicht gelingt, ist einzig die Urethrotomia interna mit dem von Civiale angegebenen und von Thompson stets verwendeten Instrument am Platze. Dies bedingt ein Lumen von No. 6 E. In Narkose wird in einer Sitzung nötigenfalls so weit dilatiert und sofort der Schnitt gemacht; dann wird weiter dilatiert bis etwa 16 oder 17, und zum Schluſs ein Dauerkatheter (10—11 E) eingelegt. Zum filiformen Bougie hat B. kein Vertrauen, zieht vielmehr Stahlsonden allen anderen vor. Wegen der sonstigen ausführlich geschilderten Details sei auf das Original verwiesen. Bei diesem Verfahren hat B. in 27 Jahren noch keinen Todesfall erlebt.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Behandlung der Enuresis bei weiblichen Kranken, von T. W. Taylor-Birmingham. (*Brit. med. Journ.* 1. März 1902.) T. empfiehlt eine mehr erzieherische Methode, indem er rät, die Betreffenden bei Tage daran zu gewöhnen, den Urin so lange wie möglich, selbst auf die Gefahr einer unwillkürlichen Entleerung hin zu halten. Gelingt es ihnen, bei Tage den Urin 6—7 Stunden zu halten, so ist keine Gefahr einer nächtlichen Enuresis zu befürchten. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Das moderne Urethroskop, von William K. Otis-New York. (*Med. News.* 14. Dezbr. 1901.) Otis bringt einen historischen Überblick über die Entstehung und Entwickelung des Urethroskops, dessen erster Typus von Bruck in Breslau aus dem Jahre 1867 stammt, fällt sein Urteil dahin, daſs das Urethroskop mit innerer Beleuchtung kein gutes Instrument ist, und beschreibt sodann das von ihm selbst im Jahre 1892 konstruierte Urethroskop, wobei die Lichtquelle auſsen befindlich, also nicht mit in die Harnröhre einzuführen ist. Die Lichtstrahlen kommen dabei von einer kleinen elektrischen Lampe, welche durch eine plankonvexe Linse zu dem Grunde der urethroskopischen Tube geleitet wird; auf diese Weise wird eine bessere Beleuchtung erzielt und die meisten Einwände gegen die reflektierenden Instrumente werden widerlegt. Das Instrument erfuhr von Otis im Laufe der Jahre noch einige Verbesserungen, so daſs mit keinem anderen ein so weites Beleuchtungsfeld zu erzielen ist; zugleich kann dabei nichts in die Urethra eingeführt werden, was durch Kochen nicht vollständig aseptisch zu machen ist. Das Cystoskop von Otis (beigegebene Zeichnung) ist einfach in der Konstruktion, haltbar, nicht teuer und erfüllt alle Anforderungen an ein gutes, praktisches Instrument. Die Zusammensetzung des Beleuchtungskörpers, welcher ungewöhnlich stark ist und 16—20 Volt erzeugen kann, und die höchst sinnige Ineinanderfügung der einzelnen Teile ist nur mittelst der Zeichnung verständlich.

Stern-München.

Über den Wert und die Grenzen der Cystoskopie, von Albert Seelig-Königsberg i. Pr. (*Allg. med. Centralztg.* 1901. No. 97 u. 98.) Voraussetzung einer erfolgreichen Cystoskopie sind freie Durchgängigkeit der Urethra, Klarheit des Blaseninhaltes und eine gewisse Blasenkapazität. Mit diesen drei Bedingungen sind in groſsen Zügen die Grenzen der Untersuchungsmethode gezogen. — Bei der Prostatahypertrophie leistet die Cystoskopie insofern Gutes, als sie beginnende, noch nicht palpable Veränderungen erkennen läſst; sie macht auch den Hoffmannschen Mittellappen leicht sichtbar, und therapeutisch hat sie sich bei Ausführung der Bottinischen Operation von Wert erwiesen. Chronische Cystitiden, namentlich die blennorrhoischen und tuberkulösen Formen, sind der Cystoskopie gut zugänglich, ohne daſs sie aber besondere klinisch verwertbare Merkmale giebt. Hier werden häufig Täuschungen durch Schleimhautschwellungen, polypöse Exkrescenzen, Schleimauflagerungen und Blutkoagula verursacht. Was den Wert der Cystoskopie für die Tumordiagnose betrifft, so sagt Verfasser: Die Cystoskopie vermag im allgemeinen die Diagnose auf Tumor mit Sicherheit zu stellen und zwar bereits — wie keine andere Methode —

bei Beginn des Leidens, über die Art und den Sitz der Geschwulst jedoch nur in beschränktem Maſse Auskunft zu erteilen. Die Wichtigkeit der Methode wächst, je mehr es gelingt, intravesikale Tumoren in Angriff zu nehmen, indem einerseits die Frühdiagnose, andererseits die sofortige Erkenntnis eines Rezidivs die Aussichten intravesikaler Eingriffe bedeutend verbessern wird. Die cystoskopischen Täuschungen fallen gegenüber den Vorteilen der Methode kaum ins Gewicht. — Bei Steinen und Fremdkörpern wird man gewöhnlich ohne die Cystoskopie auskommen; immerhin giebt die Methode die sichersten Resultate. — Für die Diagnose der Krankheiten der höheren Harnwege, sagt Verfasser, reicht die Cystoskopie nur in beschränktem Maſse aus. Hier tritt der Ureterenkatheterismus ergänzend ein, indem er uns einerseits über pathologische Zustände im Ureter selbst aufklären kann und andererseits uns in den Stand setzt, das unvermischte Sekret jeder Niere einzeln aufzufangen und uns somit in gewissen Grenzen über die anatomischen Veränderungen des Organs zu unterrichten. Da nun eine anatomische Diagnose bei der Entscheidung über die Zulässigkeit eines operativen Eingriffs nicht ausschlaggebend ist, ging man in neuester Zeit einen Schritt weiter und hat versucht, sich über die Funktionstüchtigkeit der Nieren zu unterrichten. Dazu hat man sich vorzüglich zweier Methoden bedient: der Bestimmung des Gefrierpunktes und des nach einer bestimmten Dosis Phloridzin ausgeschiedenen Zuckers in dem getrennt aufgefangenen Urin beider Nieren. So bemerkenswert diese Methoden sind, so ist ihre praktische Verwertbarkeit noch nicht über jeden Zweifel erhaben, und es wird gewiſs noch einer langen Beobachtungszeit bedürfen, bis über dieselben das entscheidende letzte Wort gesprochen werden kann.

A. Loewald-Graudenz.

Über suprapubische Cystoskopie, von Kraske. (*Centralbl. f. Chir.* 1902. No. 6.) Verfasser konnte zweimal die Cystoskopie durch eine über der Symphyse gelegene Blasenfistel ausführen. Im ersten Falle bestand die Fistel nach einem hohen Blasenschnitte zur Entfernung eines Myoms der Hinterwand, die Einführung durch die Harnröhre war unmöglich; der zweite Fall betraf einen alten Prostatiker mit unpassierbarer Harnröhre, dem eine Blasenpunktion mit Dauerkanüle gemacht war. Die Einführung des Cystoskops gelang leicht nach Erweiterung der Fistel durch Laminarienstifte. Verfasser war überrascht von der Übersichtlichkeit des Bildes von Blasenausgang und Prostata. Dies gab ihm den Gedanken, die suprapubische Cystoskopie zu verwerten bei endovesikalen Operationen, vor allem bei der Bottinischen. Er liefs zu dem Zwecke ein Punktions- oder Trokar-Cystoskop konstruieren, welches sich darstellt als eine Art Gütebockssches Cystoskop mit herausziehbarem optischen Apparat, das vorn mit einem Trokarstachel armiert ist. Es soll seinen Zweck in ausgezeichneter Weise erfüllen. *F. Hahn-Bremen.*

Das Cystoskop: sein diagnostischer Wert bei Krankheiten des Urogenitaltractus, von Charles G. Foote. (*Cleveland. Journ. Med.* 1901. No. 12.) Enthält nur Bekanntes. *A. Loewald-Graudenz.*

Über einige neuere Instrumente und Methoden zur Diagnostik und Behandlung der Harn- und Geschlechtskrankheiten, von Feleki. (*Gyógyászat.* 1901. No. 36.) Verfasser bespricht die in den letzten Jahren gemachten Fortschritte auf dem Gebiete der Urethro- und Cystoskopie, welche hauptsächlich den zu diesen Zwecken verbesserten und praktischer modifizierten Konstruktionen der Instrumente zu verdanken sind. Es werden beschrieben die verschiedenen Urethro- und Cystoskope; die Irrigationscystoskope neuester Konstruktion, mit welchen man den trüben Blasengehalt während des Spiegelns mit einem reinen vortäuschen kann; sodann die ver-

schiedenen Operationscystoskope. Zur Behandlung der Blase wird der von ihm konstruierte Cysto-Thermophor beschrieben, mit dessen Hilfe die Blase durch den Mastdarm längere Zeit hindurch der Wirkung des kalten oder warmen Wassers ausgesetzt werden kann. Das abgeflachte, schlanke, birnförmige, aus Metall verfertigte Instrument wird in den Mastdarm geschoben, mittelst einer draufsen befindlichen Schraube entfaltet sich dasselbe fächerförmig und adaptiert sich den Blasenwandungen. Verfasser bespricht dann den Ureterkatheterismus, dessen Ausführung mit dem modifizierten Schliffkaschen Urethrocystoskop. Erwähnt sollen noch werden die Modifikationen seines Instrumentes zur Prostatamassage, und das modifizierte Atzpergersche Kubinstrument, statt des olivenförmigen Endes ist dasselbe von einer 10 cm langen, 3,5 cm breiten, gekrümmten, abgeflachten Form gebildet, so dafs es mit der konkaven, gröfseren Fläche sich dem hinteren Teile der Prostata vollkommen adaptiert.

A. Alpár-Alexandria.

Eine bakteriologische Studie über die Katheterisierung, von C. B. Nancrede und W. H. Hutchings. (*Med. News.* 28. Nov. 1901.) Die 65, mit verschiedenen Bakterienarten vorgenommenen Experimente führten Verfasser zu folgenden Resultaten:

1. Ein infizierter Weichgummikatheter kann durch Sieden nicht unter 4½ Minuten sterilisiert werden.

2. Mechanische Reinigung von allem eingetrockneten Eiter, Blutgerinnsel oder Schleim erleichtert die Sterilisation und erfordert weniger Zeit zu derselben.

3. Elastische Hartgummi- (englische) und Weichgummikatheter können wiederholt 5 Minuten hindurch oder länger erhitzt werden, ohne dafs ihre Oberflächen rauh werden oder ihre Elastizität und Stärke abnimmt.

4. Chemische Sterilisation durch Eintauchen in eine 1 : 2000 Sublimatlösung für 5 Minuten kann keine Art von Katheter, welche infiziert worden ist, sterilisieren, höchstens das weitere Wachstum der Keime verhüten.

5. Chemische Desinfektion sollte daher nie für Katheter angewandt werden, welche in der Blase liegen bleiben sollen, wenn sie nicht einer sehr langen Einwirkung des Quecksilbersalzes ausgesetzt werden.

6. Formalindämpfe sterilisieren infizierte Instrumente in 24 Stunden; wie viel weniger Zeit genügen wird, ist noch nicht festgestellt.

7. Alle gebräuchlichen Arten von Sterilisation sollten weit länger fortgesetzt werden, als das Minimum von Zeit beträgt, welches für Zerstörung der Keime im Laboratorium notwendig ist.

8. Englische (Hartgummi-) Katheter können augenscheinlich leichter durch Hitze sterilisiert werden als weiche Katheter, wahrscheinlich wegen ihrer inneren Konstruktion.

Verfasser weisen schliefslich darauf hin, dafs wir uns oft selbst täuschen, indem wir die grofsen Verschiedenheiten der im Laboratorium erzielten Resultate, wo jeder individuelle Keim gleicherweise der Wirkung des keimtötenden Mittels ausgesetzt ist, und die gewöhnlich ganz verschiedenen Bedingungen in der Praxis übersehen; zu berücksichtigen ist der grofse Unterschied zwischen zwei verschiedenen Unterarten ein- und derselben Art von Keimen und dafs scheinbare Zerstörung der Keime nur Behinderung ihres Weiterwachstums bedeutet, was nach der Verfasser Ansicht der Feststellung gleichkommt, „dafs unter speziellen Umständen diese Keime in gefährlicher Ausdehnung sich vervielfältigen können. *Stern-München.*

Eine einfache Befestigungsart für den Dauerkatheter, von Ludwig Moszkowicz. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1901. No. 48.) Aus einem 12 cm langen Gummi-

drain, der den verwendeten Katheter eben knapp durchläfst, stellt man einen maulkorbähnlichen Befestigungsapparat her, indem man dasselbe zum gröfsten Teile der Länge nach vierfach schlitzt, die Enden der vier Zipfel umlegt und ein zweites Drain durchsteckt, das um die Corona glandis gelegt wird. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Homosexualität in Wien, von MAGNUS HIRSCHFELD. (*Wien. klin. Rundsch.* 1901. No. 42.) Der Verfasser, Herausgeber der *„Jahrbücher für sexuelle Zwischenstufen"*, berichtet hier über die Beobachtungen, die er in Wien über das Leben und Treiben der Urninge angestellt hat, deren Zahl er auf mindestens 15000 = 1% der Bevölkerung schätzt. In warmen Worten tritt er dafür ein, den die Homosexualität bestrafenden Paragraphen der Gesetzgebung zu streichen, da es sich um eigentümlich veranlagte Männer handelt, denen oft ein femininer Typus anhaftet, nicht um Verbrecher. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein Fall von Hermaphroditismus lateralis, von KELLNER. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1902. No. 1.) Verfasser sah im Nationalhospital zu Bloemfontein einen Kaffern, der im letzten Stadium des Typhus eingeliefert wurde und bald starb. Er war von gracilem Typus und hatte deutlich ausgebildete Brüste von weiblichem Typus. Bei der Inspektion der äufseren Genitalien fand sich ein schlecht entwickelter, nicht durchbohrter Penis (an dem die Beschneidung vollzogen war) und ein rechtsseitiger Hoden. Es bestand Hypospadie. Links fand sich auch ein schamlippenähnlicher Wulst. Bei der Sektion fand sich links ein vollständig ausgebildetes Ovarium mit Copora lutea, nebst Eileiter und rudimentärem Uterus.
F. Hahn-Bremen.

Eine Feilenzwinge über den Penis geschoben, von KARL SUDHOFF-Hochdahl. (*Münch. med. Wochenschr.* 1902. No. 7.) Zum Verfasser kam vor einiger Zeit ein Arbeiter, bei dem die Peniswurzel durch einen glatten eisernen Ring von 20 mm Breite und der nämlichen lichten Weite fest umschlossen war. Der Ring bestand aus 1,5 mm starkem Eisenblech, die Lötungsstelle war nicht zu finden. Es war offenbar die Zwinge eines Feilenheftes, die sich der Mann aus nicht zu ermittelnden Gründen gewaltsam über das Glied geschoben hatte. Präputium, Eichel und die vordere Peishälfte waren sehr stark ödematös und blau-rötlich angelaufen. Der Ring mufste von einem Werkmeister der Eisenhütte durchfeilt werden, die vollständige Entfernung gelang erst, als die Schnittenden des Ringes mit zwei Beifszangen gefafst und mit voller Kraft auseinandergebogen wurden. Der Penis war unterdessen eiskalt geworden, hatte sich grünlich verfärbt und schien dem Absterben nahe; er wurde mit nasser Sublimatgaze eingehüllt und aufgebunden. Der Mann erschien beim Arzte nicht wieder, erzählte aber später, dafs am nächsten Tage alles schon wieder in Ordnung gewesen sei. *Götz-München.*

Elephantiasis scroti et penis mit intermittierender Lymphorrhoe nach doppelseitiger Exstirpation der Leistenbubonen stellt ADLER (*Berl. klin. Wochenschr.* 1901. No. 47) in der Sitzung der Berliner medizinischen Gesellschaft am 6. Nov. 1901 vor. Seine Ansicht geht dahin, dafs Radikaloperationen gröfserer Lymphdrüsenkomplexe thunlichst zu vermeiden sind. Während bei maligner Erkrankung der Drüsen die radikale Entfernung nötig ist, läfst sich bei venerischen Bubonen dieselbe meist vermeiden. Man beschränke sich auf die Entfernung derjenigen Drüsen, die durch die Eiterung zerstört sind, man vermeide die Entfernung der nur entzündlich geschwollenen, und man hüte sich vor allem, wenn möglich, vor Entfernung der tiefgelegenen Drüsen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über die tuberkulöse Erkrankung des Penis im Anschlusse eines Falles, von Halász. (*Orvosi-Hetilap.* 1901. No. 42.) Der 67jährige, schwächlich gebaute Kranke starb nach dreitägiger Beobachtung. Die klinische Diagnose war Pleuritis lateris sinistri, Myodegeneratio cordis. Die Sektion ergab unter anderem in der Mitte des Penis, dorsalwärts im rechten Corpus cavernosum einen beiläufig hanfkorngroßen grauweißlichen Knoten, welcher makroskopisch als Gangliom penis diagnostiziert wurde. Die mikroskopische Untersuchung ergab aber das typische Bild eines tuberkulösen Knotens mit positivem Bacillenbefund. Das solitäre tuberkulöse Gumma des Corpus cavernosum ist bis jetzt noch nicht beschrieben worden. Nachdem im ganzen Organismus ein virulenter tuberkulöser Prozeß nicht nachweisbar war, so ist die Erklärung dieses scheinbar primären Knotens, hämatogene oder genitale Infektion, nicht leicht. (In beiden Lungenspitzen Narben.) Nachdem auch das solitäre Gumma syphiliticum subjektiv symptomlos sich entwickelt und so manches Gumma auf antiluetische Behandlung sich nicht zurückbildet, und auch dieser tuberkulöse Knoten sich subjektiv symptomlos bildete, glaubt Verfasser daraus zu schließen, daß so mancher als Lues aufgefaßter Knoten des Penis vielleicht gar nicht ein Gumma syphiliticum war, sondern ein diesem Falle ähnlicher Prozeß. Diese Frage müßte allerdings im gegebenen Falle durch die mikroskopischen Untersuchungen näher erschlossen werden.

A. Alpàr-Alexandria.

Ein Fall von plastischer Induration der Corpora cavernosa, von Rapin. (*Le Progrès méd.* 1902. No. 38.) Nachdem Verfasser bereits vor mehreren Jahren einen derartigen Fall gesehen, hatte er vor kurzem wieder Gelegenheit, einen zweiten zu beobachten. Es handelte sich diesmal um einen 56jährigen, unverheirateten Mann, der seinerzeit Syphilis und verschiedene Blennorrhoen durchgemacht hatte und außerdem an Arteriosklerose litt. Die Induration erstreckte sich über die ganze Länge des Penis, der sich in statu erectionis stark krümmte mit Konkavität nach oben, so daß der Coitus beinahe unmöglich wurde. Als Ursache glaubt Verfasser die Lues eliminieren zu können, dagegen schreibt er eine hauptsächliche Bedeutung den häufigen Erektionen zu, denen der Patient unterworfen war und welche wie ein inneres, sich häufig wiederholendes Trauma wirkten, bei einem durch die Arteriosklerose prädisponierten Individuum. Eine Jod-Quecksilberkur blieb ohne Resultat, weshalb Verfasser zur Elektrotherapie Zuflucht nahm und damit auch einen ganz guten Erfolg erzielte.

C. Müller-Genf.

Einen Fall von verkannter hochgradiger Hypospadie, welche zu einer Verwechslung des Geschlechts geführt hat, stellt Anschütz in der Sitzung der Med. Sektion d. Schles. Gesellsch. f. vaterländ. Kultur am 17. Januar 1902 vor (*Allg. med. Centralztg.* 1902. No. 15). Bei der 50jährigen „Frau" findet sich üppiger Schnurr- und Vollbart, männliche Thoraxform, männliche tiefe Stimme, an den Genitalien ein 6—7 cm langer Penis mit Präputium und Glans, Urethralöffnung hinten am Damm; die linke Skrotalhälfte enthält den Testikel, rechts besteht Kryptorchismus. Man kann also nicht einmal von männlichem Hermaphroditismus sprechen.

A. Loewald-Graudenz.

Zur Behandlung der Phimose, von F. Wenzel-Bonn. (*Münch. med. Wochenschr.* 1902. No. 7.) Nach einem Hinweis auf die unblutige Erweiterung der Vorhaut mittelst Sonden oder Pincetten, ein Verfahren, durch das sich bei Neugeborenen und Knaben bis zu vier Jahren Phimosen sehr oft beseitigen lassen, beschreibt der Verfasser eine Phimosenoperation mittelst Ovalärschnittes, wie sie Witzel in Bonn seit einer Reihe von Jahren ausführt. Die Methode ist nach den Erfahrungen des Verfassers sehr

einfach, giebt gute kosmetische Resultate und sichert vor Rezidiven. Bezüglich der Einzelheiten des Verfahrens mufs auf das Original verwiesen werden.

Götz-München.

Behandlung von Fremdkörpern der Harnröhre, von H. Hartmann. (*Presse méd.* 1901. No. 59.) Verfasser giebt einige praktische Winke zur Entfernung von Fremdkörpern der Harnröhre. Stets sollte man damit beginnen, den Kranken unter Kompression der Glans urinieren zu lassen. Der in die vorn zusammengepreſste und geschlossene Harnröhre vorschieſsende Harnstrahl vermag oft einen Fremdkörper, besonders leicht eingeklemmte Steinfragmente zu lockern. Leider bringen die Personen, denen bei irgend welcher Manipulation an ihrem Glied ein Fremdkörper in die Urethra gleitet, durch sofortiges Ziehen am Glied und andere Mafsnahme das Corpus alienum nur immer tiefer in die Passage hinein. Der Arzt wird gewöhnlich erst im Falle der höchsten Not angerufen. Steine und runde Fremdkörper der Urethra posterior stöfst man am besten in die Blase hinein. Bei festsitzenden Körpern wie Steinen vermag man oft ein filiformes Bougie daneben vorbeizuführen, wodurch bald die Urethralschleimhaut so gelockert wird, dafs Mobilisation des Fremdkörpers erfolgt. Es folgt eine Beschreibung der verschiedenen Extraktionsinstrumente für urethrale Fremdkörper.

Hopf-Dresden.

Eingekeilter Calculus in der Harnröhre bei Kindern. Bericht über 2 Fälle von J. H. Jopson - Philadelphia. (*Amer. Journ. Med. Science.* Jan. 1902.) Von den beiden Knaben im Alter von 3—3½ Jahren gesundete nur der eine, während der andere, wie es scheint, an Scharlach starb. Der Bericht lehrt, dafs sogar die Einführung eines Katheters in die Blase möglich ist, ohne den eingeklemmten Fremdkörper in allen Fällen erkennen zu lassen. Im übrigen bietet die Beobachtung nichts von ungewöhnlicher Bedeutung.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Harnröhrenausflüsse, von Albert Seelig-Königsberg i. Pr. (*Allg. med. Centralztg.* 1902. No. 26.) Als physiologische Harnröhrenabsonderung ist einzig die Urethrorrhoea ex libidine, die verstärkte Absonderung der Littréschen und Cooperschen Drüsen, die länger dauernden geschlechtlichen Erregungen, anzusehen; die Absonderung ohne sexuelle Erregungen, wie sie nach Blennorrhoen häufig ist, liegt schon an der Grenze des Pathologischen. — Die Ätiologie der auf pathologischen Prozessen der Urethra beruhenden Ausflüsse ist sehr mannigfaltig. Nicht seltene Ursachen sind chemische (prophylaktische und lange fortgesetzte Injektionen) und mechanische Reize (Katheterismus, Bougierung, Fremdkörper). Von Neubildungen kommen kleine Papillome, seltener fibröse Polypen, noch seltener primäre Carcinome in Betracht. Von gröfserer klinischer Bedeutung sind durch Ulcus molle, Syphilis und Tuberkulose verursachte Absonderungen. Die Syphilis kann durch ein Ulcus durum sowohl wie auch im Sekundärstadium durch erythematöse oder papulöse Efflorescenzen Ausflufs hervorrufen. Tuberkulose der Harnröhre ist meist sekundärer Natur, Prostata-, Nebenhoden- und Samenblasenerkrankungen pflegen voranzugehen. In seltenen Fällen ist Herpes urethrae die Ursache des Ausflusses. Alle diese Sekretionen stehen an Häufigkeit und Bedeutung weit zurück gegen die blennorrhoischen. Auf früher blennorrhoisch erkrankter Schleimhaut kommt es häufig zur Ansiedelung anderer Mikroorganismen, die ebenfalls Ausflufs unterhalten können; aber auch primär kann die Harnröhre durch Mikrobien (Streptokokken, Pyocyaneus, Bacterium coli) infiziert werden. Ob es auch aseptische Urethritiden giebt, ist strittig. — Gewöhnlich deutet Ausflufs, der an der Harnröhrenmündung sichtbar wird, auf eine Erkrankung der vorderen Harnröhre hin; aber auch aus der Prostata und den Samenbläschen stammende Absonderungen können

am Orificium externum erscheinen, so bei Prostatorrhoe und Spermatorrhoe und bei Übergreifen pathologischer Prozesse der Harnröhre auf die Anhangsgebilde. Schliefslich erwähnt Verfasser auch noch das Harnträufeln und seine mannigfachen Ursachen und die angeblich bei Allgemeinerkrankungen beobachteten Ausflüsse.

A. Loewald-Graudenz.

Prophylaxe und Therapie der neurasthenischen Urethritis, von J. M. Thompson-Boston. (*Mercks Arch.* Nov./Dez. 1901.) Unter „neurasthenischer Urethritis" versteht Verfasser die nervösen und sexualen Störungen, die oft bei chronischer Urethritis posterior auftreten, wenn der entzündliche Prozefs auf Prostata, Samenbläschen oder beide Organe zugleich übergreift. (Korrekter wäre dafür wohl die umgekehrte Bezeichnung: „urethritische" oder „urethrale Neurasthenie". D. Ref.) Die örtliche Ursache dieser Art Neurasthenia sexualis wird oft nicht erkannt. Ihre Prophylaxe deckt sich mit der Therapie der akuten Urethritis anterior; bei dieser hat sich dem Verfasser als Sedativum neben Bromkalium, Kamphor, Belladonna besonders Dionin bewährt (0,015—0,03 mehrmals täglich, oder 0,03—0,06 vor dem Schlafengehen). Als Mittel, den Urin sauer und steril zu erhalten, bevorzugt er Urotropin (0,5 morgens und abends). Besser als die üblichen, eher schädlichen Injektionen mit der Spritze sind kopiöse Irrigationen mit freiem Abflufs. Die eigentliche Therapie der neurasthenischen Urethritis besteht vor allem in Massage der Vesiculae seminales und der Prostata. Bleiben noch entzündliche Zustände der vorderen oder hinteren Harnröhre zurück, so empfehlen sich Spülungen, Dilatation, Einlegen eisgekühlter Metallsonden. Unerläfslich ist neben der lokalen Therapie Schonung resp. Kräftigung des Nervensystems im allgemeinen: Bäder, frische Luft, genügend Schlaf, Elektricität, als Medikamente Nux vomica, Cannabis, Ergotin. *Max Levor-Hamburg.*

Ein neuer Dilatator der Harnröhre, von Bastin-Williams. (*La Policlinique.* 1901. No. 6.) Die Dehnbarkeit der Pars membranacea urethrae ist nach den Untersuchungen von Otis eine viel geringere als die des Bulbus der Harnröhre. Der Dilatator Kollmanns nun hat den Nachteil, dafs die Pars membranacea und der Bulbus gleichzeitig der Dehnung unterworfen werden, letzterer kann infolgedessen nicht weiter dilatiert werden, als es die Dehnbarkeit der ersteren erlaubt. Der Verfasser hat, um diesen Nachteil zu beseitigen, das Instrument in der Weise modifiziert, dafs es möglich ist, die ganze Pars anterior urethrae mit dem Bulbus, aber ohne die Pars membranacea zu dilatieren; das ist auch deswegen vorteilhaft, weil die Pars membranacea sehr empfindlich ist und starke Dehnung derselben meist heftige Schmerzen verursacht. Bei diesem neuen Dilatator ist der am Ende des Kollmannschen Instruments befindliche Knopf weggelassen; die Branchen sind so lange, wie die des Kollmannschen Dilatators + dem Knopf. Die Speichen, welche die Branchen mit der Achse verbinden, sind nicht mehr von innen nach aufsen und von oben nach unten, sondern von innen nach aufsen und von unten nach oben gerichtet; die Bewegung der Branchen beim Öffnen ist daher eine andere, als beim Kollmannschen Instrumente. Diese Änderung wurde vorgenommen, um dem Ende der Branchen auch nach dem Wegfall des Knopfes eine sichere Stütze zu gewähren. — Der Verfasser bedient sich seines Instruments seit 2 Jahren mit ausgezeichnetem Erfolge. *Götz-München.*

Die praktische Anwendung der kombinierten inneren und äufseren Urethrotomie, von Reginald Harrison-London. (*Edinb. med. Journ.* Jan. 1902.) Ähnlich wie schon Annandale im Jahre 1875 die Kombination der inneren mit der äufseren Urethrotomie für verschiedene Zwecke der Harnröhren- und -Blasenchirurgie empfohlen hat, empfahl Verfasser 10 Jahre später ebenfalls dieses kombinierte Ver-

fahren, ohne jedoch damals die Priorität Annandales zu kennen, und hebt in der vorliegenden Arbeit neuerdings die Fälle hervor, wo dieses Verfahren angezeigt ist. Es sind dies vor allem akute, ausgedehnte Harninfiltrationen (nach Traumen), ferner manche Formen von Harnröhrenstriktur, welche für Dilatation nicht geeignet sind, Harnröhrenfisteln, kombiniert mit Striktur, u. a. m. Die interne Urethrotomie sollte stets zuerst ausgeführt werden; die näheren Einzelheiten über die dabei zu beobachtenden Vorsichtsmafsregeln, über die Wahl des Instrumentariums, die sich an die äufsere Urethrotomie anschliefsende Drainage, die grofsen Schwierigkeiten, denen man zuweilen bei diesen Operationen begegnet, können hier nur angedeutet werden. H. ist überzeugt, dafs durch diese Kombination von äufserer und innerer Urethrotomie jedenfalls die Zahl der undurchgängigen oder bisher als nicht verbesserungsfähig gehaltenen Strikturen bedeutend abgenommen hat. *Stern-München.*

Neues Verfahren zur Bildung der Harnblase und Harnröhre mit einem Sphinkter aus dem Mastdarm bei Exstrophia vesicae, Epispadie höheren Grades und Urininkontinenz, von M. Subbotin - St. Petersburg. (*Centralbl. f. Chir.* 1901. No. 51.) Subbotin trennt den vorderen, unteren Rektumabschnitt, einschliefslich des vorderen Afterteiles, vom übrigen Rektum und Anus mittelst einer senkrechten Schleimhautmuskelwand, bringt die neugebildete Höhle in breite Kommunikation mit der Blase und verschliefst letztere von vorn. Im einzelnen verlief die Operation in einem einschlägigen Falle (14jähriger Knabe) wie folgt: Das Coccygeum wird reseziert, die hintere Mastdarmwand gespalten. Unmittelbar über dem Sphincter externus wird die vordere Rektumwand 3 cm lang durchtrennt, in diesen Schnitt die hintere Blasenwand eingestülpt und ebenfalls eröffnet. Die Ränder der neuen Anastomose zwischen Blase und Mastdarm werden durch Catgutnähte befestigt und um die Fistel herum ein hufeisenförmiger Lappen, mit den beiden Enden am Perineum, abpräpariert. Werden die Ränder des Lappens durch fortlaufende Naht vereinigt, so entsteht eine Höhle, die, vom übrigen Rektum geschieden, mit der Blase breit verbunden ist und im vorderen, ebenfalls isolierten Anusteil nach aufsen mündet. Zum Schlufs wird die hintere Rektumwand wieder vereinigt. Der Anlegung eines Dauerkatheters dient zunächst die widernatürliche vordere Blasenöffnung, später die neugebildete Urethra. 6 Wochen nach der Operation wird die vordere Blasenöffnung geschlossen, in der 7. Woche kann Patient katheterfrei entlassen werden. Er hat normalen Harndrang und uriniert willkürlich durch den neuen Kanal. Ebenso erfolgreich wurde ein zweiter Kranker (15jähriger Knabe) operiert. Gegenüber den Methoden mit Kloakenbildung hat die angegebene den Vorteil, dafs aufsteigende Infektion der Harnorgane vom Darm aus vermieden wird. *Max Levor-Hamburg.*

Über Cystitis im allgemeinen, von Negrete. (*Revista Ibero-Americana de Ciencias medicas.* 1901. No. XII.) Bringt nichts Neues. *C. Müller-Genf.*

Die Divertikel der Blase, von Alcée Durrieux. (*Journ. d. pratic.* 1901. No. 51.) Aus der kurzen Monographie, die im wesentlichen nichts Neues bringen, sondern nur den heutigen Stand unserer Kenntnisse darstellen soll, ist hervorzuheben, dafs nach Ansicht des Verfassers das Vorhandensein, bezw. Fehlen einer Muskelschicht in der Wandung der Blasendivertikel durchaus nicht die Unterscheidung derselben in angeborene oder erworbene ermöglicht. Denn gleich der Wandung der kongenitalen Blasendivertikel enthält auch die Wand der erworbenen Divertikel im Anfange eine Muscularis. Erst wenn der Divertikel sich vergröfsert, wenn die Wandung infolge der Kompression atrophiert, dann atrophiert auch die Muskelschicht, um schliefslich ganz resorbiert zu werden; dieser Vorgang ist bei kongenitalen und erworbenen Diver-

tikeln ganz der gleiche. Nur in seltenen Fällen widersteht die Muscularis der Kompression, sie bleibt intakt oder wenigstens deutlich erkennbar, und das ist allerdings bei kongenitalen Divertikeln häufiger als bei erworbenen der Fall.

Göts-München.

Beiträge zur Pathologie der Harnblase bei Tabes dorsalis und anderen Rückenmarkserkrankungen, von Willi Hirt-Breslau. (*Allg. med. Centralztg.* 1901. No. 91.) Verfasser sah bei Nitze einen 35jährigen Mann, der, früher luetisch infiziert, seit sechs Monaten über unfreiwilligen Urinabgang klagte. Die Cystoskopie ergab eine sehr starke, trabekulare Hypertrophie der Detrusormuskulatur; es bestand keinerlei mechanisches Abflufshindernis für den Urin. Nitze stellte die Diagnose trotz Fehlens aller sonstigen Anzeichen auf beginnende Tabes, da seine reichen cystoskopischen Erfahrungen ihm schon häufig gezeigt hatten, dafs das Vorhandensein einer trabekularen Blase bei Fehlen sonstiger Ursachen den Verdacht auf Tabes rechtfertige, und zwar schon zu einer Zeit, wo sämtliche übrigen Symptome der Erkrankung noch ausstanden. Verfasser hat nun den Zusammenhang zwischen Tabes und Detrusorhypertrophie an dem Breslauer Sektionsmaterial näher zu studieren versucht. In mehreren Fällen fand er im Protokoll die Blase als kurzweg hypertrophisch geschildert, in drei Fällen war genauere Beschreibung der hypertrophischen Muskulatur gegeben; nirgends bestand eine Striktur oder Prostatahypertrophie oder sonst ein mechanisches Abflufshindernis für den Urin. Übrigens fand Verfasser die gleichen Blasenbefunde auch bei einigen Patienten, die an anderen Rückenmarksaffektionen gestorben waren (3 Verletzungen, ein Psammon der Dura mater im oberen Lendenmark, ein Fall von Syringomyelie). Allen Fällen gemeinsam waren intra vitam Störungen der willkürlichen Harnentleerung. — Dieser Zusammenhang von Blasenlähmung und Detrusorhypertrophie ist noch sehr wenig bekannt, und in der Erklärung der Ursachen herrscht noch grofse Uneinigkeit, die daher kommt, dafs man wenig Sicheres weifs über die Abhängigkeit der Blasenfunktion von den nervösen Centren im Rückenmark und im Gehirn; auch der Begriff der Blasenlähmung ist daher noch recht unsicher. Verfasser kommt auf Grund physiologischer Erwägungen zu dem Schlusse, dafs Hypertrophie und Lähmung des Detrusor einander ausschliefsen. Da auch von einer Sphinkterenlähmung in diesen Fällen nicht die Rede sein konnte, so glaubt Verfasser, dafs bei Rückenmarkskranken die klinischen Symptome einer Blasenlähmung vorgetäuscht sein können, ohne dafs aber thatsächlich eine solche Lähmung besteht. Verfasser bespricht eingehend den Entstehungsmechanismus der Detrusorhypertrophie, der verschieden ist, je nachdem die Störungen der Blasenfunktion sich plötzlich oder allmählich entwickeln. Das Letztere ist bei der Tabes der Fall, bei welcher wohl Koordinations- und senible Störungen in Frage kommen.

In der Diskussion, die sich an diesen in der medizinischen Sektion der schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur gehaltenen Vortrag anschlofs, weist C. Alexander darauf hin, dafs aufser Nitze auch A. Peyer auf das nicht seltene Vorkommen von Harnbeschwerden als erste Tabessymptome aufmerksam gemacht hat. Analog einem von Bierhoff jüngst veröffentlichten Fall von Balkenblase mit Divertikelbildung bei einer Frau könnte man vielleicht in Sphinkterspasmen eine Erklärung der Hypertrophie finden. Allerdings komme eine kompensatorische Hypertrophie bestimmter Blasenmuskelfasern auch unter anderen Bedingungen zu stande, z. B. bei Paralytikern zum Ausgleich degenerativer und atrophischer Prozesse an Muskelbündeln. Alexander geht dann noch auf die Frage der Blaseninnervation ein. — Loewenhardt erwähnt, dafs auch Erhöhungen der Empfindlichkeit als Störungen der Blasenfunktion auftreten können; es giebt sogar direkte „Crises vésicales“ mit häufigem Harndrang.

A. Loewald-Graudenz.

Über die Deckzellen im Epithel von Ureter und Harnblase, von H. Eggeling-Strafsburg. (*Anat. Anzgr.* 1902. No. 5 u. 6.) Der Verfasser beobachtete die einschlägigen Verhältnisse an einer ganzen Anzahl von Präparaten. Hauptsächlich untersuchte er Harnblase und Ureter eines Hingerichteten. Des weiteren arbeitete er aber auch am Kaninchen, Meerschweinchen, Rind, Maus, Schwein und Katze. Die Verarbeitungsmethoden des Materials waren verschiedene; Fixation: konzentrierte wässrige Lösung von Pikrinsäure; 0,2%ige wässrige Chromsäurelösung; Flemmingsche Lösung; nach Carnoy mit konzentriertem Alkohol-Chloroform-Eisessig; Müllersche Flüssigkeit; Zenkersche Flüssigkeit, absolutem Alkohol, Pikrinsublimat und 4%ige wässrige Formalinlösung. Die Präparate, in Paraffin gebettet, wurden nach Färbung mit Boraxkarmin in Schnitte von 3—10 μ Dicke zerlegt und mit Karmalaun, Hämalaun, Eosin, Eisenhämatoxylin und Säurefuchsin gefärbt. Sehr gute Bilder lieferte auch die Beobachtung ungefärbter Schnitte in Wasser oder Glycerin. Am weitesten nach dem Lumen hin zeigt sich auf allen Schnitten eine schmale, helle, doppelt konturierte, homogene Schicht — Deckmembran. Von ihr scharf abgegrenzt liegt darunter eine breite, dichte, mit Säurefuchsin stark färbbare Protoplasmaschicht, welche homogen oder feinkörnig erscheint. Das Exoplasma geht ohne scharfe Grenze über in das sehr lockere, weitmaschige Netzwerk des Endoplasma, welchem der Kern eingelagert ist.

Hopf-Dresden.

Hochgradige Blasenkontraktion durch allmähliche Spüldehnung behandelt, von Mayo Robson-Leeds. (*Edinburg med. Journ.* April 1902.) Patientin, 35 Jahre alt, litt seit Jahren an kompletter Harninkontinenz. Bei der bimanuellen Untersuchung unter Narkose zeigte sich die Blase als harter Klumpen von etwa Wallnufsgröfse, die Urethra wurde dilatiert und nun konstatiert, dafs die Blasenwände dicht mit Phosphorkonkrementen bedeckt waren. Dieselben wurden ausgeschabt, aber auch dann konnte die Blase nicht mehr wie höchstens 45 ccm halten. Dieselbe wurde nun täglich mit Borlösung ausgewaschen, nach einigen Tagen hörte die Harnverhaltung auf, allmählich konnte Patientin bis zu 3 Stunden den Urin halten und schliefslich (nach viermonatlicher Behandlung) über 5 Stunden, und zwar eine Menge von 240 ccm ohne Beschwerden; das Allgemeinbefinden war nun gut und der Urin normal. Um den Urin aseptisch zu halten, was bei jedem Eingriff am Harnapparate von grofser Wichtigkeit ist, hat sich R. die innere Darreichung von Borsäure und Salol (ää 5,0, 3mal täglich in Oblaten zu nehmen) in hohem Grade bewährt; dadurch könne viel geschehen, um das postoperative Harnfieber zu verhindern. *Stern-München.*

Über Blasenausdehnung (emergencies) und deren Behandlung, von Eugene Fuller-New York. (*New York med. Journ.* 23. Nov. 1901.) Die Mehrzahl der Fälle von Blasenerhebung oder -Ausdehnung, welche sofortige ärztliche Hülfe brauchen, beruhen, wenigstens primär, auf Harnretention. Die verschiedenen Ursachen derselben bespricht hier F. und teilt sie nach der therapeutischen Hinsicht in zweierlei Klassen ein: jene, welche der Katheterisierung zugänglich, und jene, welche es nicht sind. Unter erstere können auch Fälle von spastischer Retention, auf Paralyse oder verminderter Lebensfähigkeit beruhend, gerechnet werden. In Fällen von starker Blasenausdehnung sollte man immer daran denken, dafs bei dem Versuche, ein Instrument am membranösen und prostatischen Teil der Urethra entlang zu führen, ein starker Widerstand zu überwinden ist, selbst ohne irgend eine vorhandene organische Veränderung; der durch Tenesmus und Spasmus hervorgerufene Widerstand verschwindet sofort mit Aufhören der Harnretention. Einen weichen Gummikatheter hält F. in erster Linie für das geeignetste Instrument; von grofsem Werte sind ferner elastische, seidengewebte Gummikatheter, bei vorhandener Striktur mit Olive versehene und

endlich die filiformen Bougies. Im Notfalle mufs lokale (Kokain-) oder Allgemeinanästhesie in Anwendung kommen. Nach der Reihenfolge der indizierten Eingriffe käme nun die suprapubische Aspiration, worauf häufig ein Instrument, welches vorher nicht passierbar war, leicht durch die Harnröhre geht. Die operativen Eingriffe, welche sich weiterhin bei Fehlschlagen aller vorgenannten Versuche ergeben, sind die perineale und suprapubische Incision; nach F.s Ansicht genügt in der Mehrzahl der Fälle die erstere, welche allerdings ohne Einführung einer unterstützenden Sonde in die Harnröhre zuweilen eine schwierige Operation ist. *Stern-München.*

Zur Unterscheidung der Cystitis und Pyelitis, von G. Rosenfeld. (*Centralbl. f. inn. Med.* 1902. No. 8.) Die Unterscheidung basiert auf der Reaktion des Harns, der bei reiner Pyelitis stets sauer ist, ferner auf der Form der weifsen und roten Blutkörperchen; erstere haben, wenn aus der Blase stammend, runde Konturen, während die amöboid verzerrten Formen für Nierenbecken charakteristisch sind; die aus der Blase stammenden roten Blutkörperchen sind wohlerhalten, die aus dem Nierenbecken vielfach zertrümmert; am wichtigsten ist aber das Verhältnis des Eiweifsgehalts zur Menge des Eiters: auch bei maximalen Eiterungen ist bei Cystitis nie ein Eiweifsgehalt über 0,1—0,15% zu beobachten. Anders bei Pyelitis: hier findet sich auch bei geringen Eiterungen stets die für Cystitis maximale Eiweifsmenge oder auch mehr. *F. Hahn-Bremen.*

Das Curettement der Blase als Behandlungsmethode der Cystitis. Experimentelle Studien, von Carlo Parascandolo und Eugenio Marchese. (*Wien. med. Wochenschr.* 1901. No. 40.) Nach einer eingehenden Besprechung der Ätiologie und Therapie der Cystitis kommen die Verfasser zur Anwendung des Curettement der Blasenschleimhaut. Das Curettement ist bei geschlossener Blase nur ausführbar, wenn sie leer ist; die Wände der gefüllten Blase sind nicht resistent und weichen aus. Bei leerer Blase liegen vordere und hintere Wand wie kongruente Dreiecke einander an; die vordere hat ihre Stütze durch das Os pubis, der hinteren kann man durch Einführung der Finger in die Vagina einen festen Halt geben. Eine lange Uteruscurette nach Réaumur, ein weiter Metallkatheter und ein Irrigator sind notwendig; man führt die Operation in Narkose aus, spült nachher tüchtig alle Gewebsfetzen aus und legt eine Pezzersche Sonde ein. Eine etwa sich einstellende Nachblutung stillt man durch Injektion einer 4%igen Antipyrinlösung oder konzentrierten Ferripyrinlösung. Die Sonde bleibt 12—15 Tage liegen, eventuell kann sie gewechselt werden. Cumbston hat das Curettement zehnmal mit sehr günstigem Erfolge ausgeführt. Beim Manne mufs die suprapubische Cystotomie vorausgeschickt werden. — Die Verfasser haben dann an zehn Hunden experimentiert. Sie erzeugten bei ihnen eine Cystitis, indem sie die Blase durch Abbinden des Penis oder durch Injektion reizender Substanzen (Arg. nitr., Terpentinöl resp. das Einlegen eines Steins) reizten und hinterher Kokkenkulturen oder Eiter hineinbrachten. Wegen der Cystitis wurde dann das Curettement vorgenommen, und zwar bei Hunden nach Eröffnung der Blase, bei Hündinnen durch die Urethra. Die Operation wurde stets sehr gut vertragen. Deshalb stehen die Verfasser nicht an, bei allen schweren Cystitiden, die auf die einfachen Behandlungsmethoden nicht weichen, das Curettement der Blase zu empfehlen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Eine klinische Vorlesung über Blasentuberkulose, von P. J. Freyer-London. (*Edinb. med. Journ.* Jan. 1902.) Fr. beschreibt einen typischen Fall von primärer Blasentuberkulose, welcher einen 29jährigen Mann, Glasbläser von Beruf, betraf; das Leiden begann mit Hämaturie, einige Monate später trat vermehrter Harndrang

auf, welcher weiterhin noch mit Schmerzen verbunden war; die Diagnose konnte erst unter cystoskopischer Untersuchung gestellt werden, wobei zwei kleine Geschwüre hinter der rechten Ureterenmündung entdeckt wurden. Im Anschluſs an diesen Fall giebt F. einen allgemeinen Überblick über Ätiologie, Symptomatologie und Therapie der Blasentuberkulose. Dieselbe ist am häufigsten zwischen den Pubertäts- und 35. Lebensjahren, jedoch sah Fr. auch viele Fälle bei Kindern von 8—15 Jahren. Die Symptome sind fast ganz jenen bei Blasensteinen ähnlich, und für gewöhnlich kann nur durch die Sonde oder die cystoskopische Untersuchung eine genaue Diagnose gestellt werden. Incontinentia urinae ist ein nicht ungewöhnliches Symptom dieser Krankheit bei Kindern, besonders Mädchen, es bedeutet, daſs der Blasenhals befallen ist; wie bei Tuberkulose anderer Organe, ist Gewichtsabnahme ein frühzeitiges Symptom, Fieber kann auch vorkommen, speziell bei allgemeiner Cystitis. Die Prognose der Affektion ist eine ernste, völlige Heilung kann aber immerhin vorkommen; auch in dem vorliegenden Falle, wo die Krankheit noch eng begrenzt ist, glaubt Fr., daſs dieselbe eintreten wird. Von gröſster Wichtigkeit sind allgemein hygienische und diätetische Maſsnahmen. Trockenes, mildes Klima ist sehr zu empfehlen, innerlich Leberthran, Eisen, Strychnin, Guajakolkarbonat, kräftige Kost. Enthält der Urin beträchtliche Mengen Eiters, so gebe man Urotropin, 0,3—0,5 täglich dreimal in Wasser, auch Salol und Borsäure innerlich sind gute Mittel. Was die lokale Behandlung des Leidens betrifft, so erwiesen sich noch am wirksamsten Injektionen von Sublimat. corrosivum, beginnend mit 1 : 10000 und allmählich auf 1 : 2000 ansteigend (warme Lösung); sehr wichtig ist es, stets ganz aseptische Instrumente anzuwenden, da eine tuberkulös erkrankte Blase zu Infektion ganz besonders disponiert ist, und eine infektiöse Cystitis in solchen Fällen ein nahezu hoffnungsloser Zustand ist. Zur Schmerzlinderung sind Morphium- oder Belladonna-Suppositorien am wirksamsten. Das äuſserste Mittel, zu welchem man bei Blasentuberkulose greift, ist die Cystotomie, entweder peritoneal oder mit dem oberen Blasenschnitte; letztere ist meist vorzuziehen. Fr. schreitet zu dieser Operation, wenn die Allgemeinbehandlung zu keinem Ziele führt, vielmehr die Ulcerationen sich weiter ausbreiten. Bei sehr vorgerücktem Stadium der Krankheit endlich, wenn ausgedehnte Geschwürsflächen, allgemeine Cystitis und intensive Blasenkontraktion vorhanden sind, ist die Cystotomie mit Drainage absolut notwendig, um den schrecklichen Zustand, welcher die Überfüllung der kontrahierten Blase begleitet, und den fortwährenden Harndrang zu lindern. *Stern-München.*

Verschiedenes.

Beiderseitige Hydrocele bei einem Säugling; Nekrose des Unterkiefers nach Masern; Phlegmone des Penis und Scrotums, von H. R. Wharton-Philadelphia. (*Amer. Journ. med. scienc.* Jan. 1902.)

I. Bietet nichts Besonderes; in therapeutischer Beziehung ist zu bemerken, daſs W. zunächst Umschläge mit Ammonium muriaticum (0,6 : 30,0) verordnet; es wird aber nicht gesagt, daſs er einen wirklichen therapeutischen Effekt davon erwartet.

II. Der Masernfall betraf ein Kind von 18 Monaten, und ein erheblicher Teil des Unterkiefers war nekrotisch zerstört.

III. Die Phlegmone am Penis hatte sich bei dem 7 wöchigen Kinde im Anschluſs an die gewaltsame Dehnung und Retraktion einer Phimose entwickelt.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 35. No. 4. 15. August 1902.

Zur Differentialdiagnose der Syphilis und syphilisähnlicher Arzneiexantheme.

Von

Dr. med. Carl Berliner-Aachen.

Der Umstand, dafs uns im verflossenen Jahre mehrere Fälle von syphilisähnlichen Arzneiausschlägen zur Beobachtung gelangt sind, gab uns Veranlassung, Betrachtungen über Arzneidermatosen anzustellen, welche zu Verwechselungen mit Syphilis führen konnten und oft genug dazu geführt haben.

In den letzten zwei Decennien des 19. Jahrhunderts, in welchen sich mit dem Aufblühen von Handel und Industrie der Verkehr der Menschen untereinander stetig gesteigert, der Kampf ums Dasein verschärft hat, sind auch gewisse Krankheiten und krankhafte Zustände in den Vordergrund getreten, die ihrerseits Abhülfe von der Heilkunde erheischten. Es waren vorwiegend Infektionskrankheiten, Gewerbekrankheiten und die mit dem Gewerbe und dem Verkehr zusammenhängenden Unfälle, Verletzungen und Verwundungen jeder Art, endlich die Nervosität mit ihren Folgeerscheinungen, welche der medizinischen Wissenschaft ein reiches Feld für ihre Thätigkeit darboten. Der gleichzeitige Aufschwung in der Chemie kam der Heilkunde in ihren Bestrebungen zu Hülfe. Dem Bedürfnisse der Zeitverhältnisse entsprechend wurden vornehmlich Antiseptica, Antifebrilia und Nervina produziert, und sagen wir gleich, im Übermafs produziert, so dafs dem Arzte kaum Zeit für eine genaue Nachprüfung, für eine präzise Indikationsstellung übrig blieb. Nur wenige unter den zahlreichen Mitteln haben sich eine feste Position im Arzneischatze erobert und diese dauernd behauptet. Manche, für gewisse Zustände vielleicht ganz brauchbare Medikamente mufsten ihrer üblen Nebenwirkungen wegen bald von der Bildfläche verschwinden. Unter den neueren für uns in Betracht kommenden Mitteln haben als Antipyretica, Antineuralgica, Antirheumatica einen gewissen Ruf erlangt Antipyrin, Phenacetin, Salipyrin, Migränin, Aspirin u. a. Je ausgedehnter in

unserem nervösen Zeitalter der Gebrauch dieser Mittel, namentlich des Antipyrins geworden ist, desto mehr haben sich die Berichte über Arzneiausschläge, besonders über Antipyrinexantheme, gehäuft. Vielleicht hat TALAMON nicht ganz unrecht, wenn er sagt: „Es ist nicht paradox zu behaupten, dafs wir mit unseren Medikamenten ebenso viel Schaden anrichten, wie die Bakterien mit ihren Toxinen". Bei dem praktischen Interesse, das die Arzneiausschläge wegen der Differentialdiagnose besitzen, kann die Registrierung jedes einzelnen Falles nur von Nutzen sein. Viele imitieren in so frappierender Weise bekannte Hautkrankheiten und syphilitische Exantheme, dafs manche Fehldiagnosen und Irrtümer, wenn nicht zu verhängnisvollen, so doch mindestens zu unzweckmäfsigen, die Heilung beeinträchtigenden, therapeutischen Mafsnahmen geführt haben. Wir erinnern hier u. a. an die von KÖBNER und CASPARY publizierten Fälle. In dem einen Falle wurde eine Äbtissin innerhalb von fünf Monaten dreimal wegen Scharlacherkrankung wochenlang isoliert gehalten, bis KÖBNER feststellte, dafs es sich um ein Chininexanthem handelte. In einem anderen von KÖBNER beschriebenen Falle hätte die Verwechselung eines Bromexanthems mit einer bösartigen Geschwulst beinahe verhängnisvolle Folgen gehabt. Es sollte die Amputation des befallenen Beines vorgenommen werden, als noch in letzter Stunde die richtige Diagnose gestellt wurde. KÖBNERS Publikation im Jahre 1877 gab so recht eigentlich erst den Anstofs zum Studium der Arzneiausschläge.

Der Fall CASPARYS betraf einen Studenten, der seit $^3/_4$ Jahren wiederholt unter Übelkeit, Kopfschmerzen, später Schüttelfrösten und mehrtägigem Fieber an verschiedenen Körperstellen, namentlich im Gesicht zahlreiche grofse Blasen und hellrote oder dunkelrote und anders pigmentierte, braune oder schiefergraue Flecken bekam. Der Patient gab an, dafs die Eruptionen dann auftreten, wenn er bei Festgelagen einmal tüchtig getrunken und sich einen Kater geholt hätte. Unter Ruhe, strenger Diät und Purgantien verschwand wunderbar schnell das Exanthem mit Hinterlassung vieler pigmentierter Stellen. Die Diagnose lautete: Pemphigus chronicus benignus, bis eines Tages der Patient auf Befragen erzählte, dafs er gegen seine Katerkopfschmerzen statt des üblichen saueren Härings zwei Gramm Antipyrin nehme. Nunmehr konnte er sofort vier Schübe seines pemphigoiden Leidens auf dasselbe Medikament zurückführen.

Zahlreich sind die Verwechselungen von Arzneiausschlägen mit Syphilis. BLASCHKO hält gerade deshalb die Kenntnis der medikamentösen Eruptionen, namentlich wenn sie gleichzeitig im Munde und an den Genitalien lokalisiert sind, für äufserst wichtig. Er hat zwei Fälle gesehen, welche lange Zeit als Syphilis behandelt worden waren. Unter dem Praeputium hatten sich Erosionen gebildet, welche genau erodierten

Papeln glichen. In zwei anderen Fällen war die Affektion nur auf die Schleimhaut des Mundes beschränkt. Es bildeten sich hier pemphigusähnliche Blasen, welche bald abblätterten und so schmerzhafte Ulcerationen zurückliefsen, dafs die Patienten sich acht Tage nur von kühler Milch nähren konnten.

Wir erwähnen hier weiter den auch von JULIUS MÜLLER zitierten Fall SZADEKS, der einen Arzt wegen Lues in Behandlung bekam. Drei Jahre hatte der psychisch bereits stark deprimierte Patient die verschiedensten Kuren, Bäderreisen gegen seine fortwährend rezidivierenden, angeblich syphilitischen Ausschläge gemacht, bis SZADEK endlich die wahre Ursache in der Brommedikation erkannte.

Wir selbst bekamen im April vorigen Jahres einen Patienten in Behandlung, der als Luetiker nach Aachen geschickt worden war, um eine Quecksilber- und Bäderkur durchzumachen. Der circa 35 Jahre alte Patient, Sänger und Zitherspieler von Beruf, sah, als er sich mir zum ersten Male vorstellte, blafs aus und verzerrte beim Sprechen schmerzhaft das Gesicht. Er erzählte mir, dafs er seit mehreren Tagen „Geschwüre" im Munde habe und wegen der grofsen Schmerzen beim Kauen nur flüssige, milde Nahrung zu sich nehmen könne. Er habe, nachdem der Arzt ihm geraten, nach Aachen zu gehen, die Gelegenheit benutzt und sich hier in einem Konzertlokal für vier Wochen engagieren lassen, sei aber ganz aufser stande zu singen, und möchte recht rasch kuriert sein. Die Besichtigung der Mundhöhle ergab ein Bild, das auf den ersten Blick eine hochgradige, merkurielle Stomatitis vortäuschte. Die Schleimhaut war diffus und regellos grauweifs verfärbt, stellenweise blasenartig von der Unterlage losgelöst und rissig. Am vorderen Gaumenbogen, an der Uvula und an den Tonsillen war die Schleimhaut teilweise in einen diphtheroiden Belag umgewandelt. Die Lippen waren geschwollen und von schmierigen Krusten bedeckt. Der Patient konnte infolgedessen nur schwer und unter Schmerzen den Mund öffnen. Recht eigentliche, umschriebene Plaques muqueuses, die an Lues erinnern würden, konnte ich nirgends entdecken. Das Gebifs des Patienten war gut erhalten, das Zahnfleisch auffallenderweise nur wenig befallen. Dagegen klagte der Patient über starke Salivation, die ihm die Nachtruhe raubte. Auf Befragen giebt derselbe an, dafs das Leiden vor wenigen Tagen sehr plötzlich entstanden sei, dafs er niemals an Syphilis gelitten, niemals, auch in den letzten Wochen nicht, Schanker gehabt habe. Wohl sei er ein starker Raucher, habe aber in den letzten Tagen nicht mehr, als sonst, geraucht.

Eine eingehende Untersuchung ergiebt, ebenso wie die Anamnese, nirgends Anhaltspunkte für Syphilis. Eine Quecksilberkur, die Anlafs zur Mundaffektion hätte geben können, ist niemals durchgemacht worden. So mufste die Ursache, wenn man nicht das starke Rauchen als solche

ansehen wollte, einstweilen in suspenso bleiben. Die befallenen Partien wurden mit einer 5%igen Chromsäurelösung leicht betupft, mit reinem Wasser nachgespült, und ein Mundwasser verordnet. Schon nach der ersten Einpinselung fühlte der Patient eine merkliche Erleichterung. Am dritten Tage derselben lokalen Behandlung waren fast alle Schmerzen verschwunden. An diesem Tage erfuhren wir bei unserem Bestreben, die Ätiologie festzustellen, dafs der Patient einen Tag vor Ausbruch der Krankheit gegen seine Migräne mehrere Dosen Antipyrin genommen hatte. Damit war das akute Auftreten der Schleimhauteruption erklärt. Vielleicht hatte das starke Rauchen einen prädisponierenden, ätiologischen Faktor für die Lokalisation des Antipyrinausschlages gerade in der Mundhöhle abgegeben. Der Patient war nach fünftägiger Behandlung mit Chromsäure so weit gebessert, dafs er wieder feste Speisen essen und seine Thätigkeit als Sänger aufnehmen konnte. Von der Einleitung einer Quecksilberkur hatten wir, da wir Syphilis von vornherein ausschlossen, selbstverständlich abgesehen.

Über Erscheinungen an den Lippen, beziehungsweise in der Mundhöhle, an den Genitalien nach Antipyringaben berichten u. a. Autoren J. Möller, Blaschko und Martin Brasch auf Grund an sich selbst gemachter Erfahrungen. Möller fühlte eine halbe Stunde, nachdem er des Nachts 0,5 Antipyrin eingenommen hatte, an verschiedenen Körperstellen Stiche, wie wenn mit feinen Nadeln die Haut von innen heraus gestochen würde. $2^1/_2$ Stunden später zeigten sich erythematöse Flecke auf dem Handrücken, auf denen bei gelindem Reiben Gruppen von Herpesbläschen sich entwickelten. Am folgenden Morgen entstanden Erytheme an der Glans penis, der unteren Seite des Penis und der Skrotalhaut. Hier steigerte sich noch die Affektion in den folgenden Tagen, indem die Oberhaut des Skrotums durch Exsudat abgehoben, exkoriiert, stellenweise eiterig wurde. Verfasser warnt vor der Anwendung des Antipyrins, welches so bedeutende Wirkung auf das Gefäfssystem, resp. die Vasomotoren auszuüben vermag.

Blaschko konnte lange Zeit Antipyrin ohne Schaden nehmen, bis er eines Tages nach einem Gramm des Mittels und seitdem jedesmal nach Gebrauch desselben immer an derselben Stelle am rechten Mundwinkel einen Herpes labialis bekam. Schon eine halbe Minute nach dem Einnehmen des Antipyrins fühlte Blaschko an dieser Stelle ein heftiges Brennen, so dafs er glaubte, dasselbe wäre durch direkten Kontakt mit dem Pulver hervorgebracht. Als er jedoch das Pulver in einer Kapsel nahm, trat dasselbe Brennen nur um weniges später auf. Nach zwei bis drei Stunden brach der Herpes labialis aus. Auch $^1/_2$ und $^1/_4$ g des Mittels erzeugten bei Blaschko dieselben Erscheinungen.

Brasch erkrankte von August 1892 bis April 1893 infolge Antipyrin-

gebrauchs viermal in eigentümlicher Weise. Das Exanthem äufserte sich das erste Mal in einer prickelnden und juckenden Schwellung im Lippenrot an der Oberlippe, worauf sich in wenigen Stunden die Bildung einer bohnengrofsen, serumgefüllten Blase anschlofs. Das nächste Mal war der Prozefs heftiger und ausgedehnter und betraf auch die Unterlippe. An der Zunge zeigten sich weifse, submiliare Fleckchen. Tags darauf nach einem heifsen Vollbade trat Jucken an der Eichel ein, sodann entstand Röte und Schwellung, es bildete sich ein flacher Schorf von serös-eiteriger Beschaffenheit mit Rhagadenbildung. Das Allgemeinbefinden war ziemlich stark gestört. Nach den Beobachtungen von Brasch ziehen die entzündlichen Affektionen infolge Antipyringebrauchs diejenigen Stellen vor, wo Epidermis in Schleimhaut übergeht, also Augenlider, Lippen, Nase, Glans penis, Anus, äufseren Gehörgang. Demnächst sind Finger, Zehen, Scrotum am häufigsten ergriffen. Es kann nur kongestives Ödem bestehen oder zu wirklicher Blasenbildung kommen. Auf der Schleimhaut entstehen aus den Blasen Plaques und fibrinöse Beläge, an der Glans oberflächliche Schorfe. Narben bleiben nie, Pigmentflecke nur selten zurück. Das Charakteristische für diese Form der Antipyrinexantheme ist das Auftreten von Blasen mit besonderer Lokalisation.

Gerade die relativ häufig beobachtete Lokalisation der Antipyrinerscheinungen in der Mundhöhle und an den Genitalien bieten der Diagnose mancherlei Schwierigkeiten und imponieren vor allem leicht als Syphilissymptome. Henri Fournier schreibt über die bullösen Ausschläge nach Antipyrin: „In der Regel setzt der Ausschlag mit Brennen und Schwellung der befallenen Teile ein. Der ganze Anfall dauert bis zur völligen Heilung circa zwei bis drei Wochen. Die abgeheilten Blasen hinterlassen stets Pigmentflecke, die in ihrer bräunlichen Färbung stark an abgelaufene Syphilis erinnern und manchen Kliniker zu diagnostischen Irrtümern verleiteten". Einem derartigen Irrtume kann man allerdings nicht verfallen, wenn man, wie dies in einem von uns beobachteten Falle geschehen ist, vom Patienten selbst auf den ätiologischen Zusammenhang zwischen Arzneimittel und Ausschlag noch vor Ausbruch des letzteren aufmerksam gemacht wird. Diesmal handelte es sich nicht um ein Antipyrinexanthem, sondern um einen Salipyrinausschlag. Im November 1901 konsultierte mich Hugo H. aus Aachen, 37 Jahre alt, und erzählte mir, dafs er vor wenigen Stunden gegen seine Migräne ein Salipyrinpulver genommen und nunmehr die Empfindung habe, als ob er es ebensowenig vertrage, wie die Migräninpulver, die er vor drei Jahren und zum letzten Male im vorigen Jahre gebraucht habe. Jedesmal habe er schon eine Stunde nach dem Einnehmen des Migräninpulvers Prickeln in der Haut, Trockenheit und Schlingbeschwerden im Halse empfunden. Sodann verspüre er an der Vorhaut des Gliedes Stechen und Brennen,

er werde unruhig und verliere den Appetit. Nach fünf bis sechs Stunden trete Schwellung der Vorhaut auf. Unter Schüttelfrost und Fieber bildeten sich Blasen in der Haut, die aufbrechen und Nässen verursachen. Im vorigen Jahre seien diese Erscheinungen schon nach einem halben Migräninpulver aufgetreten. Auch die Lippe sei geschwollen gewesen, habe sich blasenartig losgelöst und dann genäfst. Vierzehn Tage bis drei Wochen vergingen, ehe alles wieder abgeheilt sei. Aus diesem Grunde habe er es dieses Mal mit Salipyrin versucht. Doch fürchte er, dafs er denselben Ausbruch bekäme und frage mich, ob dies nicht durch ein Gegenmittel verhindert werden könnte. Die Inspektion der Mund- und Rachenhöhle, sowie des ganzen Körpers ergab nichts Abnormes. Ich sagte dem Patienten, dafs Salipyrin nur selten Ausschläge mache und dafs, da drei Stunden seit dem Einnehmen des Mittels verflossen seien, durch eine Magenausspülung oder durch ein Brech- oder Abführmittel der Ausbruch eines Ausschlages wohl schwerlich aufgehalten werden würde, wenn ein solcher wirklich im Anzuge sei. Diese Erwägungen sowohl, wie auch ein wenig Neugier, ob die Prophezeiung des Patienten auch für Salipyrin zutreffen würde, liefsen mich von sonstigen therapeutischen Mafsnahmen, abgesehen von der Verordnung eines Purgans, Abstand nehmen. Am nächsten Morgen kam der Patient wieder und trübselig lächelnd berichtete er, dafs alles so eingetroffen sei, wie er es vorausgefühlt und vorausgesagt habe. Nur das Allgemeinbefinden sei dieses Mal weniger, als sonst, gestört gewesen. Mundhöhle und Lippen fand ich frei von Erscheinungen. Die Vorhaut, teilweise auch die Haut des Penis und des Scrotums waren leicht geschwollen, stellenweise gerötet und mit kleinen, schlappen Blasen bedeckt, stellenweise, wo die Blasendecke gesprungen war, sah die Haut wie maceriert aus und näfste. Unter der täglichen Applikation eines Borvaselinläppchens und einer Lage Watte darüber heilten die befallenen Partien in zehn Tagen ab, ohne Spuren zu hinterlassen. Der eben beschriebene Fall kann somit als ein Beispiel von Arzneiausschlag nach Migränin und Salipyrin gelten. Ähnliche Fälle mit gleich oder fast gleich lokalisierten Erscheinungen beobachteten Lesser nach Migränin, Alfred Bruck und Schmey nach Salipyrin. Brucks Fall bekam wenige Stunden nach dem Einnehmen von Salipyrin an den Händen, an der Glans penis und an der Innenseite der Lippen juckende und brennende grofse, rote Flecke. An den Lippen sah man kleine Efflorescenzen zum Teil mit weifslichem Belag. Am Penis kam es zur Bildung von Bläschen und Erosionen. — Der Fall von Schmey zeigte nach einer starken Salipyrindosis eine markstückgrofse Infiltration am Scrotum, die am nächsten Tage nekrotisch wurde. Die nekrotische Partie stiefs sich bald ab, und es entstand ein tiefes Geschwür, das nach kurzer Zeit abheilte.

In der jüngsten Zeit hatten wir Gelegenheit, einen Salipyrinausschlag zu sehen, der wegen seiner grofsen Ähnlichkeit mit einem luetischen Exanthem hier erwähnt werden mag. Der Fall betraf ein 18jähriges Mädchen aus sehr achtbarer Familie. Vor circa 14 Tagen war die Patientin an einem leichten mit Fieber und Kopfschmerzen verbundenen Influenzaanfall erkrankt. Zwei Tage später bemerkte sie am Bauch einige kleine Blasen. Etwa acht Tage darauf entwickelte sich unter beträchtlichem Jucken der gegenwärtige Ausschlag an Brust, Rücken und Extremitäten. Er war charakterisiert durch hellrosarote Flecke, Papeln, Ringe, die nur wenig über das Niveau der Haut hervorragten und hier und da geringe Schuppung aufwiesen. In der Jugend hatte die Patientin nach einer Verdauungsstörung einmal Nesseln bekommen, sonst aber nie eine Hautkrankheit gehabt. Eine Ursache für den jetzigen Ausschlag konnte nicht leicht gefunden werden. Die Diagnose schwankte zwischen Pityriasis rosé de GIBERT und einem Ausschlage ab ingestis. Lues konnte, wenn auch die Ähnlichkeit eine frappante war, mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Die Ausarbeitung des vorliegenden Aufsatzes brachte mich auf den Gedanken, dafs es sich um einen medikamentösen Ausschlag handeln könnte. Meine Frage, ob sie gegen die Influenza vielleicht Pulver erhalten hätte, bejahte die Patientin, wufste jedoch nicht zu sagen, was für Pulver es gewesen wären. Erst später ergänzte sie ihre Angabe dahin, dafs sie innerhalb weniger Tage elf Salipyrinpulver erhalten hätte. Ungewöhnlich war in dem vorliegenden Falle der etwas verzögerte Ausbruch des Exanthems, wenn man nicht schon die kleinen Blasen am Abdomen als den Beginn desselben ansehen will.

Manche in der Litteratur als Influenzaausschläge publizierten Fälle dürften bei genauerer Untersuchung der Salipyrinwirkung zuzuschreiben sein. Vor einigen Jahren verordneten wir einem an Influenza erkrankten Kurpatienten Salipyrin. Der Patient nahm gegen Abend innerhalb einer Stunde zwei Pulver à 1 g Salipyrin. Am nächsten Morgen hatte er das Gesicht, den Hals, die Sternalgegend bedeckt mit einem juckenden, kleinpapulösen Ausschlage, der nach drei Tagen wieder verschwunden war.

Bei Migränin und Salipyrin, die beide Kompositionen des Antipyrins sind, wird man wohl letzteres für die üble Wirkung verantwortlich machen müssen.

In differentialdiagnostischer Beziehung von Interesse ist der nachstehende Fall, der sich noch in unserer Behandlung befindet. Patient, 25 Jahre alt, aus Berlin infizierte sich luetisch im September 1901, bekam Plaques im Munde und einen makulo-papulösen Ausschlag am Körper und auf dem Kopfe. Er wurde mit Sublimatinjektionen behandelt, worauf Besserung der Erscheinungen eintrat. Nunmehr liefs er sich verleiten, die Behandlung bei einem Naturheilarzt fortzusetzen. Eine Ver-

schlimmerung des Zustandes war die Folge, weshalb Patient sich wieder einem praktischen, allopathischen Arzte zuwandte, der ihm Quecksilberpillen und Jod verordnete. Die Behandlung dauerte so ununterbrochen Monate lang, aber immer neue, ganz ungewöhnliche Erscheinungen traten auf, die der Arzt als „die letzten Ausläufer" der Krankheit bezeichnete. Schliefslich zog Patient es vor, in Aachen Heilung zu suchen. Anfang Mai kam derselbe mit folgendem Status in unsere Behandlung: Auf dem sehr spärlich behaarten Kopfe nahe der Stirn befanden sich einzelne schwachrote Flecke, daneben helle, pigmentierte, leicht narbig vertiefte Stellen, an denen nach den Angaben des Patienten vorher rote, flache Knötchen bestanden hatten. Auf dem Hinterkopfe sieht man zwei, etwa $1^1/_2$ cm voneinander entfernte, markstückgrofse, mehr querovale, flache, ziemlich derbe Erhabenheiten, deren Oberfläche uneben, gerötet, nach der Peripherie hin intakt, im Centrum ulceriert, vertieft und mit Borken bedeckt ist. Eine ähnliche, fast gleich grofse, knotige, nässende Erhabenheit befindet sich hinter dem linken Ohr, genau über dem Processus mastoideus. Man hätte die Veränderungen für tubero-ulceröse Gummata halten können. Über dem linken Scheitelbein bemerkt man noch einen bohnengrofsen, im Centrum ulcerierten Knoten. Ein auffallendes, für maligne oder für tertiäre Syphilis ungewöhnliches Bild bietet die Mundpartie des Patienten dar. Die Oberlippe ist stark geschwollen, mit Krusten und Borken bedeckt. Unmittelbar am linken Meatus narium beginnend zieht sich, die ganze linke Schnurrbartgegend einnehmend, eine längliche von drusigen Excrescenzen begrenzte, mittelweiche, schwach secernierende Geschwürsfläche hin, und nur wenige Millimeter von ihr entfernt eine zweite ebenso beschaffene, welche die Oberlippe nahe dem linken Mundwinkel einnimmt. Gleichzeitig besteht Rhinitis. In der Mundhöhle zeigt die rechte Seite der Zunge und die rechte Wangenschleimhaut grauweifse, ulcerierte Stellen, der vordere Gaumenbogen links und die linke Tonsille Plaques muqueuses. Der Patient kann wegen der Schwellung und Spannung der Lippe den Mund nicht gut öffnen, klagt über grofse Schmerzen beim Schlucken und vermag nur flüssige Nahrung zu sich zu nehmen. — Einen ganz erschreckenden Anblick bietet der Penis dar. Derselbe ist stark geschwollen, gerötet und von mächtigen, gangränösen Geschwüren bedeckt. Da der sonst ganz kräftige, gut genährte Patient kaum ein halbes Jahr krank ist, von Anfang an und fortgesetzt sich hat behandeln lassen, so ist es schwer, für alle Erscheinungen die Syphilis, selbst eine maligne, verantwortlich zu machen. Thatsächlich schrieb der Patient das meiste der Jodwirkung zu. Denn ein grofser Teil der Symptome ist erst nach Beginn und im Verlaufe der Jodkur entstanden. Wir selbst schlossen uns dieser Ansicht nicht sofort an, nahmen jedoch für die ersten Tage von jeder Allgemeinkur Abstand, sondern behandelten die Er-

scheinungen zunächst nur lokal, die Plaques und Geschwüre in der Mundhöhle mit Chromsäurelösung. Nach drei Tagen war der Patient völlig schmerzfrei und imstande, wieder feste Nahrung zu sich zu nehmen. Die Borken und Krusten auf den Geschwüren am Kopfe und an der Oberlippe wurden mit Zinkichthyolsalbenmull erweicht und abgelöst, hierauf stellenweise rote Präzipitatsalbe, stellenweise UNNAsches Quecksilberpflaster appliziert. Die Geschwüre am Penis wurden mit oft zu wechselnden Bleiwasserumschlägen behandelt und relativ rasch zur Abheilung gebracht. Nach den ersten fünf Tagen, als das Allgemeinbefinden des Patienten sich gebessert hatte, entschlossen wir uns, eine energische, gemischte Schmier- und Jodkur einzuleiten. Der Patient hatte bis dahin, wie wir uns aus den Rezepten überzeugten, zwar sehr lange, aber doch nie in hinreichend starken Dosen Quecksilber und Jod erhalten. Wir begannen die Jodmedikation mit dreimal täglich einen Eßlöffel Jodkaliumlösung (7 : 200). Schon nach zwei Eßlöffeln schossen auf dem Kopfe des Patienten Pusteln und rote Knötchen hervor. Die Oberlippe war am nächsten Tage nach vier Eßlöffeln Jodkalium stärker als zuvor geschwollen; die Geschwüre, die sich bereits zur Besserung hingeneigt hatten, waren wieder schlimmer geworden. Auf der rechten Seite der Oberlippe, nahe dem Übergange auf die Lippenschleimhaut, war ein erbsengroßes, drusiges Knötchen entstanden. Ein größerer Knoten entwickelte sich auf dem rechten Oberschenkel, ulcerierte nach zwei Tagen im Centrum und zeigte unter Bädern und der Applikation von Quecksilberpflaster nur langsame Heilungstendenz. Diese rapide, üble Jodwirkung veranlaßte uns, von jeder weiteren Jodtherapie Abstand zu nehmen und uns ausschließlich auf die Bäder und Schmierkur und die lokale Behandlung zu beschränken. Wir hatten die volle Überzeugung gewonnen, daß die geschilderten Erscheinungen zum größten Teile ihre Entstehung der Jodwirkung verdankte und unter dem Einflusse der floriden, bis dahin ganz unzureichend behandelten Syphilis, Veränderungen erfahren hatten, die lebhaft an tertiäre Lues erinnerten und gegen die man, allerdings im Circulus vitiosus, nur zu gerne Jod angewandt hätte.

Unter der energischen Schmierkur und täglichen Schwefelbädern — die letzteren harmonieren ausgezeichnet mit den Quecksilberinunktionen und haben sich vorzüglich bewährt — ist zur Zeit nach fünfwöchentlicher Behandlung (anfangs 4, dann 5 g Unguent. cin. täglich), alles abgeheilt. Blaßrote, nur wenig vertiefte Narben deuten die Stellen der früheren Geschwüre an.

Ähnliche Fälle von Joderscheinungen sind in der Litteratur mitgeteilt. H. ROSIN berichtet über einen Fall von Jodtumoren, die an Mykosis fungoides erinnerten und mit Hinterlassung eines leicht pigmentierten Fleckes abheilten.

Ch. Audry beschreibt einen Fall von disseminierter Gangrän der Haut nach längerer Anwendung von Jod. Die Ulcerationen bei der Patientin waren aus Pusteln, die gangränös wurden, hervorgegangen. Die Heilung erfolgte nur sehr langsam. Audry empfiehlt bei allen Fällen von Hautgangrän nach dem etwaigen Genuſs von Medikamenten sorgfältigste Umschau zu halten.

In einem von Jesioneк publizierten Falle bekam der Patient nach nicht besonders groſsen Dosen Jodkalium einen Ausschlag im Gesicht, bestehend in groſsen Blasen, die platzten und einen geschwulstartig vortretenden papulösen Grund zeigten, von dem eitrig-sanguinolentes Sekret abgesondert wurde, auſserdem fanden sich Pusteln und teigig-ödematöse Massen. Am Gaumen fanden sich Geschwüre mit nekrotischen Massen. Ein Versuch mit nochmaliger Darreichung von Jodkalium bestätigte die Ätiologie der Erkrankung.

Fragen wir nun nach differentialdiagnostischen Merkmalen, die uns vor verhängnisvollen, das Ansehen des Arztes, wie die Gesundheit des Patienten schädigenden Irrtümern bewahren könnten, so empfiehlt es sich, in jedem Falle von akut auftretenden Ausschlägen, die nicht zu den infektiösen, akuten Exanthemen gehören, und für welche eine Ursache nicht gleich gefunden werden kann, nach dem Genuſs gewisser Speisen und Getränke (Hummern, Krebse, Muscheln, Erdbeeren, Wurst, Alkohol etc. etc.) oder gewisser Medikamente zu forschen. Den meisten Ausschlägen ab ingestis, zu denen wir auch die medikamentösen, durch innerliche Gaben von Arzneien hervorgerufenen, rechnen, ist ein plötzliches Auftreten und ein rasches Abklingen der Erscheinungen eigen. Ein protrahierter Verlauf kann als Ausnahme angesehen und zumeist auf einen wissentlich oder unwissentlich fortgesetzten Gebrauch der schädlichen Substanz zurückgeführt werden. Wohl verlangt die jeweilig gesetzte Schädigung je nach dem Grade ihrer Intensität einen längeren oder kürzeren Zeitraum zum Verschwinden. Ein durch den Genuſs von Muscheln hervorgerufenes, skarlatinöses Exanthem sahen wir nach vier Stunden und einen durch Leberwurst entstandenen, quaddelartigen Ausschlag am ganzen Körper nach zehn Stunden ohne Hinterlassung irgendwelcher Spuren verschwinden, während Tumoren und gangränöse Geschwüre nach Jod Wochen zur völligen Heilung nötig hatten.

Charakteristische Merkmale in dem klinischen Bilde von Arzneiexanthemen, durch welche sich beispielsweise ein Antipyrinausschlag sofort als solcher erkennen und von einer Chinineruption oder von einem syphilitischen Ausschlage unterscheiden lieſse, giebt es leider nicht. Vielleicht würde man solche doch auffinden, wenn man Gelegenheit hätte, eine gröſsere Zahl von Ausschlägen desselben Medikaments zu beobachten. Wohl hat man für einzelne Arzneien gewisse Formen der Dermatosen

als die vorherrschenden bestimmen können, so für Jod und Brom die Akne, für Antipyrin den vesikulösen resp. bullösen Typus, aber die von Jod herrührenden Akneknötchen und die durch Antipyrin gesetzten Bläschen und Blasen haben nichts Charakteristisches an sich. Zudem sind die atypischen Fälle so zahlreich, und dieselben Dermatosen bei so verschiedenen Arzneien und Genufsmitteln beobachtet, dafs es ein vergebliches Bemühen wäre, besondere Typen der Arzneiausschläge bestimmen und Regeln für das Auftreten derselben aufstellen zu wollen.

Die Regellosigkeit, möchte man sagen, ist hier eher die Regel, wie es ja auch bei der Verschiedenheit der individuellen Empfindlichkeit gegen Arzneimittel nicht anders erwartet werden kann. Warum Antipyrin bei dem einen erythematöse Flecke, bei dem anderen einen bullösen Ausschlag hervorruft, ist zur Zeit ebensowenig erklärt, wie die Thatsache, dafs die sekundäre Syphilis bei dem einen Patienten Roseolen, bei dem anderen Papeln, bei dem dritten in ihren Manifestationen einen ganz multiformen Charakter aufweist. Von praktischem Interesse wäre übrigens viel weniger die Unterscheidung des einen medikamentösen Ausschlages von dem anderen, als die Differentialdiagnose zwischen einem Arzneiexanthem und der Syphilis. Der Arzt wird in zweifelhaften Fällen seine anamnestischen Fragen auch auf die Möglichkeit, dafs eine Arzneidermatose vorliege, richten. Nur sehr selten treten syphilitische Ausschläge unter Prickeln, Brennen, Jucken, Stechen, Übelkeit und Fieber auf, wie es Arzneiausschläge so häufig thun. Nur selten zeigen Plaques muqueuses, Plaques opalines, merkurielle Stomatitis den rapiden Ausbruch und die rasche Verbreitung über die ganze Mundhöhle, wie dies die Schleimhautaffektionen nach Antipyrin gern thun. Ebenso ungewöhnlich für Syphilis ist der plötzliche Ausbruch eines fleckenartigen oder bullösen Exanthems am Penis und Scrotum, wie er bei Antipyrin, Migränin und Salipyrin beobachtet worden ist. Man wird in Fällen mit so lokalisierten Ausschlägen bei zweifelhafter Diagnose, gut thun, zunächst eine lokale Behandlung vorzunehmen und den Erfolg, der bei Arzneidermatosen unter Sistierung der schädlichen Arznei nur selten lange auf sich warten läfst, für einige Tage zu beobachten, ehe man sich zu einer antisyphilitischen Kur entschliefst. Wir huldigen nicht dem Grundsatze: „Quisquis syphiliticus, donec contrarium probetur", wenngleich es oft schwierig sein mag, einen Patienten, der mit der Diagnose Lues nach Aachen geschickt wird, zu überzeugen, dafs er ein anderes Leiden habe und eine antisyphilitische Kur nicht durchzumachen brauche.

Litteratur.

1. Köbner, H., Über Arzneiexantheme. *Archiv f. Derm. u. Syph.* 1877.
2. Caspary, Zur Lehre von den Arzneiausschlägen. *Archiv f. Derm. u. Syph.* 1894. Bd. 26.
3. Blaschko, A., Berliner dermat. Gesellsch., Sitz. vom 1. Febr. 1898. Ref. in den *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 26, S. 244.
4. Müller, Julius, Ein Fall von Bromoformexanthem. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 20, S. 421.
5. Möller, J., Zur Kenntnis des Antipyrinexanthems. *Ther. Monatsh.* 1893, No. 11 und 1894, No. 11. Ref. in den *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 16, S. 150 und Bd. 20, S. 634.
6. Wechselmann, W.
7. Gebert, E.
8. Brock
9. Rosenthal, O.
10. Lesser, E.
11. Blaschko, A.

   Berliner dermat. Gesellsch., Sitz. vom 1. Febr. 1898. Ref. in den *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 26, S. 244, 245.
12. Brasch, Martin, Zum Kapitel der Antipyrinexantheme. *Ther. Monatsh.* 1894. No. 11. Ref. in den *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 21, S. 569.
13. Freudenberg, A., Odematöse Schwellung des Präputiums als Nebenwirkung des Antipyrins. *Centralbl. f. klin. Med.* 1893. No. 5. Ref. in den *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 16, S. 443.
14. Fournier, Henri, Über den Blasenausschlag nach Antipyrin und über sonstige Störungen nach Einnahme von Arzneien. *Journ. des mal. cut. et syph.* 1898. Heft 1—6. Ref. in den *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 27, S. 406.
15. Bruck, Alfred, Ein Fall von Salipyrinintoxikation. *Derm. Centralbl.* Bd. 4, No. 4, 5, 6. Ref. in den *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 32, S. 525.
16. Schmey, Schweres Exanthem nach dem Gebrauch von Salipyrin. *Ther. Monatsh.* 1897. No. 3. Ref. in den *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 25, S. 355.
17. Rosin, H., Über eine seltene Form des Jodismus. *Ther. Monatsh.* 1896. No. 3. Ref. in den *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 22, S. 582.
18. Audry, Ch., Disseminierte Gangrän der Haut nach längerer Anwendung von Jodkalium. *Journ. des mal. cut. et syph.* 1898. Heft 1—6.
19. Jesionek, Ein Fall von Jododerma tuberculosum. Festschrift für Prof. J. Neumann. 1900. Ref. in den *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 32, S. 84.
20. Apolant, H., Die Antipyrinexantheme. *Archiv f. Derm. u. Syph.* Bd. 46.
21. Chotzen, Atlas der Syphilis und syphilisähnlichen Hautkrankheiten.
22. Jadassohn
23. Neisser, A.

   Über Arzneiexantheme. Verhandl. d. 5. deutsch. Dermatologenkongresses. Ref. in den *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 27, S. 474.
24. Mibelli, V., Über die fixen Antipyrinexantheme. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 26, S. 418.
25. Lewin, L., Über Arznei-Ausschläge. Verhandl. des II. internat. Dermatologenkongresses in Wien 1892.

Aus der Praxis.

1. Alopecia areata totalis (maligna) mit Nagelatrophie. 2. Genuine Hodenatrophie, Azoospermie und Impotentia coeundi.

Von

Dr. Leonhard Leven-Elberfeld.

1. Der von mir beobachtete Fall betrifft einen im übrigen gesunden jungen Mann, bei welchem sich ohne irgendwelche Vorboten vor ca. 1½ Jahren die ersten Erscheinungen seines jetzigen Leidens zeigten. Der Patient stammt aus gesunder Familie und weist in specie keine neuropathischen Symptome auf; die Affektion begann im Schnurrbarte, kurz darauf traten Herde auf der behaarten Kopfhaut auf, welche sich schnell vergrößerten und zu einer totalen Kahlheit des Kopfes führten. Im Anschluß daran erfolgte rapid ein radikaler Ausfall sämtlicher Körperhaare und gleichzeitig begann eine Erkrankung der Nägel. Diese zeigte sich in der Weise, daß die Nägel an Händen und Füßen sich gelb färbten, sie erschienen wie „mit Tabakslauge übergossen", es bildeten sich Längsrisse in der Nagelsubstanz und schließlich blätterte diese nach und nach ab bis auf einen kleinen Rest der Nagelwurzel. Eine vollständige Zerstörung der Nagelsubstanz fand nicht statt; nachdem der Prozeß das geschilderte Höhestadium erreicht hatte, bildete sich allmählich wieder neue Nagelsubstanz, und es machte sich in Bildung und Rückbildung derselben ein gewisses Schwanken bemerkbar, ohne daß, selbst zu den Zeiten, in welchen die Nägel wieder ein lebhafteres Wachstum zeigten, auch nur die geringste Spur eines Wiederauftretens der Haare an irgend einer Körperstelle zu konstatieren gewesen wäre. Bei der jüngst vorgenommenen Untersuchung beispielsweise zeigten die Nägel eine normale Länge, waren indeß noch allenthalben von Längsrissen durchzogen, während die genaueste Besichtigung des Körpers nirgendwo auch nur eine Spur von Haaren aufwies; Kopfhaare, Augenbrauen und Wimpern, Achsel-, Schamhaare, Lanugo fehlten vollständig. Die Risse in den Nägeln sind nach der Angabe des Patienten in den letzten Wochen wieder stärker geworden und das Wachstum ist schwächer, so daß der Patient wieder eine neuerliche Verschlimmerung der Nagelaffektion befürchtet.

Die Mitteilung der Krankengeschichte dieses Falles erscheint mir gerade wegen der auffallenden Beteiligung der Nägel von Interesse; ich

habe in der mir zu Gebote stehenden Litteratur bei den Erkrankungen der Nägel eine Erwähnung der Alopecia areata nicht gefunden; bei der Alopecia areata fand ich eine kurze Mitteilung über Beteiligung der Nägel an der Erkrankung nur in einem Referat, welches im *Archiv f. Derm. u. Syph.*, Bd. LV, S. 113, über die Besprechung der Ätiologie und der klinischen Formen der Alopecia areata auf dem IV. internationalen Dermatologenkongreſs in Paris 1900 enthalten ist. Sabouraud teilte mit, daſs bei sehr ausgebreiteter Affektion sich Verdickungen der Nägel — Infiltration mit Luft — zugesellt; diese von ihm erwähnte Beobachtung würde indeſs der meinigen nicht entsprechen, da es sich in meinem Falle nicht um eine derartige Verdickung der Nägel durch Luftinfiltration, sondern um eine Atrophie handelt. Am ehesten an die Seite zu stellen wäre die von Unna vor längerer Zeit beschriebene Längswulstung des Nagelbettes mit sekundärer Atrophie der Nagelplatte, insofern als auch diese Affektion mit einem Einreiſsen der Nagelplatte in der Längsrichtung einhergeht. Während jedoch bei Unna eine Wulstung auftritt und dann nach dem Einreiſsen der Nagelplatte die Nagelsubstanz auf beiden Seiten des Risses von diesem so atrophiert, daſs sich allmählich immer kleiner werdende seitliche Nagelreste bilden, trat in meinem Falle neben dem Einreiſsen in der Längsrichtung eine gleichmäſsig fortschreitende Atrophie fast der ganzen Nagelsubstanz ein.

Daſs die Beteiligung der Nägel an der Erkrankung für eine auſsergewöhnliche Intensität des Prozesses spricht, ist wohl zweifellos; nach dem bisherigen Verlaufe macht es den Eindruck, als ob einem eventuellen Wiederauftreten der Haare erst eine Restitution der Nägel vorangehen würde, es stellten sich wenigstens, wie oben erwähnt, zeitweilig an den Nägeln wieder Substanzneubildungen ein, während an der Behaarung bisher noch nicht die geringste Spur einer Regeneration zu erkennen war.

2. Patient, ein Mann im mittleren Lebensalter, klagt über Impotenz, welche sich bei ihm im Laufe des letzten Jahres entwickelt hat. Er hat vor ca. einem halben Jahre eine Gonorrhoe gehabt, sonst keinerlei Geschlechtskrankheiten, der Beginn der Impotenz hat sich indeſs, wie gesagt, schon etwa ein halbes Jahr vor der Gonorrhoe bemerkbar gemacht in der Weise, daſs jede Libido fehlte und Patient in längeren Zwischenräumen den Coitus nur ausübte, um festzustellen, ob eine Erektion überhaupt noch stattfände. Eine Komplikation bei der Gonorrhoe, speziell eine Epididymitis, war nicht vorhanden; Patient stammt aus gesunder Familie, giebt an, nie masturbiert zu haben, seine Geschlechtsempfindungen waren früher normal, keine Perversionen. Die Untersuchung ergiebt beiderseits, besonders links, auffallend kleine und schlaffe Testikel, irgend etwas Abnormes ist an denselben nicht zu konstatieren, keine Verhärtungen; die Hoden sollen nach bestimmter Angabe des Patienten früher bedeutend

gröfser gewesen sein, die Verkleinerung ist allmählich ohne jede Schmerzempfindung erfolgt. Die Untersuchung des Sperma ergiebt ein völliges Fehlen der Spermatozoen; Urinuntersuchung quoad Zucker und Eiweifs negativ. Patellarreflexe und Pupillarreaktion auf Licht und Accomodation normal, keine neurasthenischen Erscheinungen.

Aus der Krankengeschichte geht hervor, dafs die Impotenz sich infolge der Azoospermie bei dem Patienten allmählich entwickelt und dafs gleichzeitig eine allgemeine Verkleinerung beider Testikel stattgefunden hat. Es handelt sich also in dem vorliegenden Falle um eine erworbene Atrophie der Hoden, für welche eine der sonst bekannten Ursachen nicht vorliegt. Man beobachtet sonst Atrophien nach Hydro-, Hämato- und Varicocelen, durch Druck bei Hernien, nach Entzündungen und Traumen — alles dies liegt hier nicht vor —, ferner nach Masturbation, endlich nach einem hämorrhagischen Infarkt (Apoplexia testiculi - VOLKMANN). Auch eine derartige infolge plötzlicher Zirkulationsstörungen eintretende Affektion hat hier nicht vorgelegen; bei ihr tritt unter schweren Allgemeinerscheinungen eine plötzliche Anschwellung des Hodens auf, welche später zuweilen, falls keine Eiterung erfolgt, in allmähliche Schrumpfung übergeht. Hiervon kann bei dem Patienten nicht die Rede sein, da er nie irgend welche Schmerzen, nie eine Anschwellung gehabt hat und eine derartige Erkrankung ja wohl fast nur einseitig vorkommt; ebenso mufs die Annahme, dafs die Gonorrhoe die Ursache des Zustandes sein konnte, von der Hand gewiesen werden, da sie einmal zeitlich erst nach dem von dem Patienten mit Sicherheit konstatierten Nachlassen der Potenz erworben wurde und sie aufserdem keinerlei Beteiligung der Hoden oder Nebenhoden, keinerlei Schmerzen im Gefolge hatte; dafs eine Gonorrhoe ohne direkte Entzündung der Hoden, Nebenhoden oder des Vas deferens eine Azoospermie zur Folge haben könnte, wäre nicht zu erklären.

Es handelt sich also im vorliegenden Falle um eine Impotenz infolge einer genuinen Atrophie, einer frühzeitigen totalen Involution der Testikel. Vielleicht erklärt sich mancher Fall, bei welchem man die Impotenz bei Fehlen organischer Störungen auf eine allgemein neurasthenische Basis zurückführen zu müssen glaubte — ist es doch sehr natürlich, dafs ein Mann, welcher sich allmählich sexuell immer schwächer werden fühlt, neurasthenisch erscheint oder wird —, bei genauer Untersuchung auf diese Weise; die Neurasthenie ist dann eben nicht die Ursache, sondern die Folge der Impotenz. Jedenfalls lehrt der Fall die Notwendigkeit, bei jedem Falle von Impotenz, welcher nicht ohne weiteres zu erklären ist, eine Untersuchung des Samens vorzunehmen. Die Prognose war selbstredend eine absolut ungünstige.

Versammlungen.

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 1. Juli 1902.

Originalbericht von Dr. Felix Pinkus.

Der 1. Vorsitzende verliest eine Aufforderung zur Unterstützung der medizinisch-historischen Abteilung des germanischen Museums in Nürnberg.

Blaschko fordert zu rührigem Werben für die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten auf, deren Zirkulare in jeder Menge von ihm als Sekretär zu beziehen sind.[1]

Lesser ergänzt die bisher bekannten Bedingungen für die Mitgliedschaft dahin, dafs die lebenslängliche Mitgliedschaft gegen einmalige Zahlung von 100 Mark, die immerwährende für 1000 Mark zu erwerben sei.

1. Hollstein demonstriert eine Frau, welche an den Händen die Symptome der **Raynaudschen Krankheit** aufweist. Man sieht ältere Narben, Querfurchen der Nägel und einen noch nicht abgestofsenen Sphacelus des rechten kleinen Fingers. Prüfung des Nerven- und Gefäfssystems lassen andere Diagnosen ausschliefsen. Die Anfälle traten erst rechts, dann beiderseits auf, besonders durch Kälte, in allen drei Stadien, als Synkope, Asphyxie, Gangrän. Äthylchlorid-Abkühlung löste keinen Anfall aus.

Diskussion: Heller fragt, ob ein zeitlicher Zusammenhang der Nagelfurchen und der Anfälle etwa herauszurechnen wäre, von dem Mafs ausgehend, dafs das Nagelwachstum täglich 0,1 mm betrage.

Hollstein hält einen derartigen Zusammenhang nicht für feststellbar, da häufig ein- bis mehrmals täglich die Anfälle eintraten, die in der kalten Zeit gehäuft waren, in der warmen fehlten, und die Nägel nach stärkeren Anfällen ganz abfielen.

2. Blaschko demonstriert ein kleines Mädchen mit der Diagnose **Lichen ruber acuminatus** (+ unsichere Planusherde) **oder Lichen scrophulosorum**. Die Affektion besteht seit fünfviertel Jahren, juckt stark. Ein Herd am Knie bestand zuerst und wird als Primäraffekt bezeichnet.

Diskussion: Rosenthal spricht sich gegen Lichen ruber acuminatus aus wegen der für fünfviertel Jahre geringen Ausbreitung des Leidens.

Lassar glaubt, dafs beim Lichen ruber stets ein primärer Herd der Ausbreitung des Leidens vorausgehe.

Lesser hat davon sich nicht überzeugen können.

Becker hat primäre Lichen ruber-Eruption nach der Reibung des Penis und seiner Umgebung an einem lederbesetzten Suspensorium gesehen.

Saalfeld hält die follikulären Knötchen für Keratosis follicularis, die breiteren Flächen für Psoriasis vulgaris.

Pinkus fragt, was unter der Bezeichnung Lichen ruber acuminatus gemeint sei, ihm sei es aus der Diskussion nicht klar geworden, ob der wirkliche (mit dem Lichen planus zusammengehörende) Lichen acuminatus oder der Kaposische Lichen ruber acuminatus (Pityriasis rubra pilaris) gemeint sei.

---

[1] Geschäftsstelle: Potsdamerstr. 20, Berlin W. 9. Jahresbeitrag 3 Mark.

Blaschko führt aus, dafs das Jucken gegen Lichen scrophulosorum spräche. Auch er kennt Lichen planus-Herde, welche lange vor der allgemeinen Eruption bestehen, hat sich aber nicht immer von ihrem Vorhandensein überzeugen können und glaubt, dafs der Lichen planus oft wenigstens gleichmäfsig ausgebreitet beginnt.

8. Blaschko zeigt einen der zwei Fälle, welchen er in der Diskussion über Buschkes Fall von sog. Sklerödem erwähnt hat (Sitzung vom 1. Mai 1900, cf. Bd. 30, S. 568). Dieser hier ist nach Scarlatina entstanden (vergl. die Beschreibung von Gebert, Verein für innere Medizin 1894, dort als Sklerodermie bezeichnet). An diese schlofs sich zunächst eine Urticaria an, die in ein stabileres Erythem überging, dem die sklerotische Beschaffenheit der Haut folgte. Zur Zeit besteht Verhärtung in der Haut besonders am Halse, dabei Vergröfserung der Schilddrüse. Die Affektion ist von der Sklerodermie in wichtigen Punkten verschieden. Ihr Ausgangspunkt scheinen die Gefäfswände zu sein. Es bestehen heute noch Abweichungen vom normalen Verhalten der Vasomotoren (langdauerndes und doppeltes hyperämisches Reizphänomen). Er möchte fast den damals (1894) von ihm gebrauchten Namen **Sklerofascie** vorschlagen.

Diskussion: Lesser lokalisiert den Prozefs tiefer in die Haut hinein als die Sklerodermie. Es fehlt vollkommen die Oberflächenveränderung, welche nie bei Sklerodermie fehle.

Blaschko bestätigt diese Angaben; dafs der Prozefs nicht in den oberen Hautlagen sitzt, beweist die Dünnheit der Haut über den oberflächlichen Venen, welche vertieft in der umgebenden Haut liegen.

4. Gerson demonstriert ein 11jähriges Mädchen, welche **an der geimpften Stelle** des Armes eine **Psoriasiseruption** bekommen hat, mit nachfolgender fleckweiser Ausbreitung über den ganzen Körper. Psoriasis bestand bereits zwei Jahre vorher.

5. Nagelschmidt kommt nach experimenteller Prüfung zu dem Resultat, dafs von den zwei für die Wirkung der Finsenschen Lichtbehandlung des Lupus herangezogenen Erklärungsweisen diejenige die richtige sei, welche als Hauptwirkung die **baktericide Kraft des Lichtes** ansehe; die Gewebsreaktion sei sekundär, trete erst nach Abtötung der Bakterien ein. Er rieb Tuberkelbacillenkultur in die Haut von Meerschweinchen ein und setzte die beimpften Stellen, nachdem einige Wochen vergangen waren und eine eigentümliche Hautveränderung dort sich eingestellt hatte, eine Stunde lang dem Finsen-Apparate aus; die bestrahlte Stelle wurde exstirpiert und anderen Meerschweinchen in die Bauchhöhle geimpft. Nur sehr wenige dieser Tiere erkrankten an Tuberkulose, während die Kontrolltiere, welche mit ebenso beimpfter aber nicht bestrahlter Meerschweinchenhaut intraperitoneal behandelt wurden, sämtlich an schwerer Tuberkulose erkrankten.

Diskussion: Lassar spricht seine Verwunderung aus über die Differenz der Beobachtung, dafs hier eine einzige Bestrahlung zur Abtötung der Bacillen genügt habe, während beim Lupus so aufserordentlich lange Behandlung notwendig sei.

Lesser glaubt, dafs es sich im Experiment um eine viel oberflächlichere Affektion handele als beim Lupus.

6. Heller zeigt mikroskopische Präparate eines Falles, welcher ihn in der strengen Scheidung von **Pityriasis rubra pilaris** und **Lichen ruber** schwankend macht. Er fand neben Hornkugeln und Epitheleinsenkungen wie bei der Pityriasis rubra pilaris Infiltrationen der Cutis, die er auf Lichen ruber-Knötchen bezieht, zumal über ihnen in dem ausgestellten Präparate eine plane Epithelerhöhung und dicke Hornschichte wie beim Lichen ruber sich befindet.

Diskussion: Rosenthal präzisiert den Standpunkt, den Kaposi stets wahrgenommen hat, dafs sein Lichen ruber acuminatus identisch ist mit der Pityriasis rubra pilaris der Franzosen. Mit dem Lichen planus hat letztere Krankheit in ihren typischen Fällen gar keine Ähnlichkeit. Das Beste ist vielleicht, wie Lang vorschlägt, den einen Namen ganz fallen zu lassen.

Pinkus setzt die Verschiedenheit von Pityriasis rubra pilaris und Lichen ruber als bekannt voraus, wobei er zum Lichen ruber auch die häufigen follikulären Formen und die seltenen, in jüngster Zeit von Neisser (4. Kongrefs der deutschen dermatologischen Gesellschaft) beobachteten Fälle rechnen will.

Blaschko hält die Annahme der Namen Lichen ruber acuminatus und planus nur für erlaubt, wenn man einen Unterschied macht zwischen Lichen ruber acuminatus und Pityriasis rubra pilaris. Es giebt wahrscheinlich eine spitze Abart des Lichen planus, einen follikulären Lichen planus. Bei diesen Fällen sieht man stets Übergänge zum gewöhnlichen Lichen planus (plane Fortsetzung um das follikuläre Knötchen); Übergänge und Mischformen von Lichen planus und der Pityriasis pilaris sieht man nie.

Lesser stimmt Blaschko zu. Wichtig ist der Gesamtverlauf, der schwer und progredient ist beim klassischen Lichen ruber acuminatus, wenig das Allgemeinbefinden tangierend bei der Pityriasis rubra pilaris.

Saalfeld erwähnt, dafs er den Köbnerschen Fall von wahrem Lichen ruber acuminatus (cf. Köbners Beschreibung, *Berl. klin. Wochenschr.*, 1887, S. 359) gesehen habe, der von Geber 1886 mit F. Hebras Fällen identifiziert worden sei. Die mikroskopischen Präparate ergaben dasselbe wie Hellers Fall.

Heller betont nochmals, dafs seine frühere Anschauung, welche früher konform der von Rosenthal soeben ausgesprochenen lautete: Lichen ruber planus ist eine Krankheit, Pityriasis rubra pilaris + Lichen ruber acuminatus ist eine andere Krankheit, durch den hier besprochenen Fall eben erschüttert worden ist. Dieser zeigt zugleich an einer Person die Symptome aller dieser Krankheiten.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1902. Band 60, Heft 1.

Das ganze Heft ist „der Erinnerung an den 25jährigen Bestand der Breslauer Hautklinik" gewidmet und enthält Artikel ausschliefslich von Ärzten, die zur Zeit an der Breslauer dermatologischen Universitätsklinik, beziehungsweise an der dermatologischen Abteilung des Allerheiligenhospitals thätig sind.

I. **Zur Erinnerung an den 25jährigen Bestand der Breslauer Hautklinik 1877 bis 1902. Rückschau und Ausblick** von A. Neisser. Der mit den Bildnissen von Heinrich Köbner und Oscar Simon versehene Artikel ist diesen beiden, um die Gründung und Fortentwickelung der Breslauer Hautklinik so sehr verdienten Männern gewidmet und bringt nach einem Rückblick auf ihr Leben, Wirken und Schaffen ein Verzeichnis der von ihnen publizierten Arbeiten, sowie eine Übersicht über den damaligen und jetzigen Stand der Dermatologie auf den einzelnen deutschen Universitäten und über die in gröfseren Städten obwaltenden Verhältnisse.

Obgleich sich die Zustände gegen die Zeit vor 25 Jahren wesentlich gebessert haben, so glaubt Verfasser, dafs die Dermatologen, um vollständig zufrieden zu sein, noch manche, sehr berechtigte Wünsche erfüllt sehen müfsten.

1. Es sei danach zu streben, dafs auf sämtlichen Universitäten nicht nur überhaupt ein Unterricht in der Lehre der Haut- und Geschlechtskrankheiten erfolge, sondern dafs er in einer speziell diesem Zweige der Medizin gewidmeten Anstalt von einem Spezial-Fachmann gehalten werde.

2. Es sei nicht ausreichend, dafs an einzelnen Universitäten (Halle, Kiel, Rostock) statt klinischer Anstalten nur Polikliniken eingerichtet werden.

3. Im ärztlichen Staatsexamen solle das Fach der Haut- und Geschlechtskrankheiten von einem Fachmanne als besonderer Gegenstand geprüft werden.

4. Die Vertreter der Dermatologie sollen auch der Ehre teilhaftig werden können, zu Ordinarien in den Fakultäten ernannt zu werden, oder wenigstens Sitz und Stimme in der Fakultät zu haben.

Verfasser giebt am Schlusse einen Auszug aus der von deutschen Universitätsvertretern an den Herrn Reichskanzler eingereichten, die erwähnten Wünsche betreffenden Petition.

II. **Zur Klinik und Histologie des Erythème induré Bazin**, von W. Hartung und A. Alexander. Die Verfasser beschreiben einen Fall, der einen 30jährigen Arbeiter betraf. Seine Hauterkrankung begann vor sechs Wochen am rechten Unterarm mit einer roten Stelle, auf welcher sich bald ein Knoten entwickelte, dem andere ähnliche Tumoren an den unteren und oberen Gliedmafsen folgten. Gegenwärtig fallen an allen Extremitäten halbkugelige, markstück- bis handtellergrofse, unregelmäfsig begrenzte livide, derbe Vorwölbungen auf, deren oberste Schichten schwache Desquamation zeigen. Die Tumoren lassen sich leicht von der Fascie abheben und seitlich verschieben. Die Untersuchung ergiebt bei dem Patienten Spitzendämpfung, undeutliche Atemgeräusche. Das Sputum ist frei von Tuberkelbacillen.

Es wurde ein Tumor ausgeschnitten und untersucht. Es gelang jedoch nicht, über die Diagnose klar zu werden. Lues konnte mit Sicherheit ausgeschlossen werden. Eine eingeleitete Hg- und Jodkur blieb ohne jeden Erfolg. Tuberkulininjektionen ergaben weder eine allgemeine noch eine lokale Reaktion. Unter einer Arsenmedikation gingen die Tumoren während des zweimonatlichen Aufenthaltes des Patienten im Hospital im ganzen zurück und wurden weicher.

Nach zwei Monaten kam Patient wieder ins Hospital. Jetzt zeigte er deutlichere Erscheinungen von Tuberkulose, reagierte auf Tuberkulininjektionen jedoch nur allgemein, während eine lokale Reaktion, namentlich an den beschriebenen Tumoren nicht wahrzunehmen war. Patient ist schliefslich an einer Pleuropneumonie gestorben. Die Sektion ergab als Hauptbefund Lungentuberkulose.

Unmittelbar post mortem excidierte Knoten erweisen sich mikroskopisch als aus grofsen Venen bestehend, deren Umgebung ein dichtes aus typischen Tuberkeln zusammengesetztes Infiltrat bildet. „Das Endothel der Venen ist noch völlig normal, während die Adventitia und Media mit mononukleären Leukocyten durchsetzt sind. Die Tuberkeln bestehen aus mononukleären Leukocyten, ziemlich reichlichen epitheloiden und Riesenzellen. Zwischen ihnen sieht man viele normale und zuweilen auch hyalin entartete Kapillaren und kleinste Gefäfse, sowie reichlich grofse Mengen von fibrösem Gewebe; degenerierte oder verkäste Partien finden sich nirgends.“ — Nach dem Befund handelt es sich zweifellos um ein echt tuberkulöses Infiltrat. In anderen Präparaten kann man zwei Serien von Schnitten unterscheiden; die eine enthält nur entzündliche Veränderungen, die andere neben diesen noch solche, welche die tuberkulöse Natur des ganzen Prozesses deutlich erkennen lassen.

Auf Grund des klinischen wie des histologischen Bildes der Tumoren sind die Verfasser zur Überzeugung gelangt, dafs sie ein echtes „Erythème induré-Bazin“ vor sich hatten, und dafs dieses den echten Hauttuberkulosen zuzurechnen sei, wenngleich noch manche für eine tuberkulöse Natur einer Hauterkrankung notwendigen Kriterien, wie sie namentlich Jadassohn, Lubarsch und Ostertag angegeben haben, zum stringenten Beweise fehlen.

III. **Platos Versuche über die Herstellung und Verwendung von „Trichophytin“.** Nach seinem Ableben mitgeteilt von A. Neisser. Des Verfassers langjähriger Assistent Dr. Plato ist in der Nacht vom 5. zum 6. Januar gestorben und hat eine Reihe von Arbeiten hinterlassen, die er angebahnt, aber nicht vollendet hatte. Verfasser betrachtet es als ein schönes Vermächtnis, die Untersuchungen Platos in dem Sinne des Verstorbenen zu Ende zu führen. Es handelte sich um die Frage, ob nicht analog der örtlichen Reaktion des Tuberkulins auf tuberkulöse Herde, auch bei anderen parasitären Krankheiten ähnliche den Parasiten entstammende, spezifische Stoffe örtliche Vorgänge am Krankheitsherde hervorrufen könnten, und ob nicht durch Einverleibung dieser „toxischen“ Körper entsprechende Reaktionen zu erzielen seien. Vor allem sollte das aus Trichophytonpilzen hergestellte „Trichophytin“ auf seine Fähigkeit, bei Trichophytosis-Patienten eine örtliche und allgemeine Reaktion hervorzurufen, geprüft werden.

Aus den bisherigen Versuchen lassen sich folgende Schlüsse ziehen:

1. „Ein Trichophytin, herrührend von Trichophytonpilzen einer tiefinfiltrierenden Trichophytie, erzeugt bei Patienten, welche mit ebensolcher tiefinfiltrierender Trichophytie behaftet sind, eine mit Temperatursteigerung und allgemeinen Intoxikationserscheinungen einhergehende „allgemeine Reaktion“.

Es scheint sich dabei auch eine örtliche Reaktion zu entwickeln, die objektiv durch Steigerung der Hyperämie und Pustelbildung, subjektiv durch vermehrtes Brennen an den Krankheitsstellen sich bemerkbar macht. Wo derartige allgemeine und örtliche Erscheinungen sich entwickelten — aber auch ohne solche — war ein therapeutischer Effekt unverkennbar.

2. Dieses in der Kulturflüssigkeit von Trichophytonpilzen aus Trichophytia profunda sich entwickelnde Trichophytin scheint spezifischer Natur zu sein und nur dieser einen Pilzart anzugehören.

Dieses Trichophytin blieb ohne örtliche, wie allgemeine Einwirkung sowohl bei gesunden, wie bei an anderen Affektionen erkrankten Menschen.

Insbesondere ist hervorzuheben, dafs zwischen Trichophytia profunda und superficialis insofern ein Unterschied zu konstatieren war, als ein Kranker mit Trichophytia superficialis nicht auf Injektionen von Trichophytin (aus Trichophytia profunda) reagierte.

Ob Pilze aus Trichophytia superficialis überhaupt einen derartigen reaktionserzeugenden Stoff bilden, ist noch nicht festgestellt. Der Versuch, mit „oberflächlichem Trichophytin“ bei oberflächlicher Trichophytie eine Reaktion zu erzeugen, verlief resultatlos. Leider ist der Versuch, Trichophytia profunda mit „oberflächlichem Trichophytin“ zu behandeln, nicht gemacht worden.

Die reine als Nährboden dienende Maltose-Bouillon hat keinen Einfluss auf Trichophytiekranke.

Trichophytin erzeugte bei Tuberkulösen keine dem Tuberkulin ähnliche Reaktion.“

„Ein ähnlich hergestelltes „Favin“ blieb ohne jede Reaktion bei Favuskranken; auch reagierten Favuskranke nicht auf Trichophytin.“

IV. **Eine eigentümliche mit Hyperhidrosis einhergehende entzündliche Dermatose an der Nase jugendlicher Individuen,** von Hugo Herrmann. Verfasser beschreibt acht Fälle dieser Affektion.

Fall 1 betrifft einen 15jährigen Knaben, bei dem die Hautkrankheit schon in der frühesten Kindheit begann. Gegenwärtig sind Nasenrücken und Nasenflügel mit zahlreichen, teils einzelstehenden, teils konfluierten, stecknadelkopfgroßen, hellroten, bläschenförmigen Efflorescenzen besetzt; dieselben fühlen sich feucht an. Die Nase selbst ist im Bereich der Affektion leicht gerötet.

Fall 2, zehnjähriges Mädchen. „Die Nase von der Spitze etwa bis zur Grenze des knorpeligen Teiles und seitlich bis gegen die Nasenflügel zu, ist bedeckt mit kleinen flachen Efflorescenzen, welche auf ihrer Oberfläche ein kleines, helles Bläschen tragen; beim Anstechen eines solchen Bläschens entleert sich eine minimale Menge einer ziemlich klaren Flüssigkeit."

Der Verfasser bespricht, nachdem er die Krankengeschichten der acht Fälle kurz mitgeteilt hat, die Differentialdiagnose.

Nur in einem Falle konnte die mikroskopische Untersuchung vorgenommen werden. Dieselbe ergab jedoch leider nicht den gewünschten Aufschluß über die Natur dieser Affektion. Aus den mikroskopischen Bildern, in denen lediglich die circumscripten Zellinfiltrationen in der Cutis und die erweiterten Gefäße auffallend waren, ging nur hervor, daß die Dermatose mit einer Schweiß- oder Talgdrüsenaffektion nichts zu thun hat, daß der Ausgangspunkt der Infiltration nicht in den Drüsenfollikeln zu suchen ist. Wahrscheinlich geht die Infiltration von der Gefäßwand aus. Allerdings fehlen hierfür noch die Beweise.

In ätiologischer Beziehung mag von Interesse sein, daß die Affektion zumeist anämische, schwächliche, in ihrer körperlichen Entwickelung zurückgebliebene Kinder der ärmeren Bevölkerungsklasse trifft, daß sie wahrscheinlich mit der allgemeinen Konstitution im Zusammenhange steht.

V. **Experimentelle Untersuchungen über die gleichzeitige Darreichung von Quecksilber- und Jodpräparaten,** von Fritz Lesser. Bezüglich der internen Einverleibung von Quecksilberpräparaten ist Verfasser zu folgenden Schlußfolgerungen gelangt:

„Die innerliche Darreichung von Kalomel, Protojoduretum Hydrargyri und Hydrargyrum oxydulatum tannicum ist, so lange Jodsalze im Organismus kreisen, kontraindiziert, da diese Quecksilberoxydulsalze bei Anwesenheit von Jodalkalien als reizend wirkende Jodquecksilberverbindungen zur Resorption kommen; dagegen führt die Kombination von innerlicher Sublimatdarreichung mit einer gleichzeitigen Jodkur keine Schädigungen durch Jodquecksilberbildung herbei, wofern die Einführung von Sublimat und Jod per os zeitlich voneinander getrennt ist."

Hinsichtlich der hypodermatischen Injektionen kam Verfasser auf Grund seiner experimentellen Untersuchungen zu folgenden Schlüssen:

1. Injektionen löslicher Quecksilbersalze können ohne Schädigung mit gleichzeitiger Jodkur verbunden werden.

2. Von den unlöslichen Quecksilbersalzen können Injektionen von Hg-Salicylicum, Hg-Thymol-aceticum (und Oleum cinereum) mit einer gleichzeitigen Jodkur kombiniert werden. Unzweckmäßig dagegen sind Kalomelinjektionen bei gleichzeitiger Darreichung von Jodalkalien.

Verfasser hat dann die im Muskel hervorgerufenen Veränderungen an Jodtieren und jodfreien Tieren studiert. Man kann im Muskel drei Zonen unterscheiden: Die innere enthält noch relativ gut erhaltene Muskelfasern; die mittlere ist nekrotisch; die äußere zeigt die Anzeichen einer reaktiven Entzündung. Verfasser hat weiter

untersucht, inwieweit die äufserliche Anwendung von Hg-Präparaten bei gleichzeitiger Jodbehandlung und zwar 1. als Lokalbehandlung syphilitischer bezw. beliebiger Ulcerationen der Haut, und 2. als Allgemeinbehandlung der Syphilis in Form der Inunktionskur geeignet sei, Schädigungen hervorzurufen.

Es hat sich ergeben, dafs eine Gelbfärbung des auf Hautulcerationen aufgestreuten Kalomels erst bei Darreichung gröfserer Einzeldosen von Jodkalium eintrat, wie sie in der Praxis gewöhnlich nicht zur Anwendung kommen.

Ähnlich verhält es sich mit der weifsen Präzipitatsalbe. Die Applikation dieser und des Kalomels auf Hautwunden bei innerlicher Darreichung grofser Dosen von Jodalkalien ist somit kontraindiziert.

Was die Inunktionskur, verbunden mit der innerlichen Darreichung von Jodkalium betrifft, so hat sich diese Kombination als eine unschädliche erwiesen.

Verfasser möchte aus den Ergebnissen seiner Untersuchungen die praktische Anwendung ziehen, „dafs von der gleichzeitigen Quecksilber- und Jodbehandlung der ausgiebigste Gebrauch bei der Behandlung der Lues gemacht werden möge, da die klinische Erfahrung den Nutzen dieser kombinierten Behandlung sicher erwiesen hat".

VI. **Mikroskopische Untersuchungen über die Bedeutung der Reaktionszone nach Tuberkulin-Injektionen,** von Victor Klingmüller. Der Verfasser zieht aus den Ergebnissen seiner Untersuchungen folgende Schlüsse:

„1. Durch die nach Injektionen von Alt-Tuberkulin-Koch eintretende örtliche Reaktion werden vorher auf keine Weise makroskopisch erkennbare Herde von Lupus und Tuberkulose auffindbar gemacht. Diese Thatsache ist längst bekannt. Aber während sie sich bisher nur auf klinische Erfahrungen stützte, wird durch vorliegende histologische Untersuchungen die Erklärung dafür gebracht. Denn

2. in der Reaktionszone, welche nach Injektionen von Alt-Tuberkulin-Koch um lupöse Herde auftritt, finden sich mikroskopisch bereits typische tuberkulöse Prozesse. Die allgemeine Ansicht ging zwar bisher dahin, die Reaktionszone nur als den Ausdruck einer nicht-spezifischen Entzündung in den eigentlichen spezifisch-tuberkulösen Herd herum anzusehen. Das ist aber falsch, denn es ist nunmehr bewiesen, dafs

3. die Reaktionszone oder richtiger jede örtliche nach Tuberkulin-Injektionen eintretende akute Entzündung das Zeichen ist für spezifische, an Ort und Stelle vorhandene, makroskopisch nicht nachweisbare Veränderungen.

Daraus ergiebt sich, dafs das Alt-Tuberkulin-Koch ein zuverlässiges und sicheres Diagnosticum für lupöse, beziehungsweise tuberkulöse Veränderungen ist. Aus der Ausbreitung der Reaktion kann man auf die wirkliche Ausdehnung der Herde schliefsen."

VII. **Über die Aktion des Quecksilbers auf das syphilitische Gewebe,** von Pollio. Verfasser hat nach der von Justus angegebene Methode dessen Versuche hinsichtlich der Aktion des Quecksilbers auf das syphilitische Gewebe wiederholt. Es wurden syphilitische Papeln von acht verschiedenen Patienten excidiert, die Quecksilber in verschiedenster Quantität erhalten hatten (nämlich nach zwei Injektionen, nach sechs Injektionen und nach zwölf Injektionen von je 0,1 Hg salicylicum), und bei denen jede lokale Quecksilberbehandlung strengstens vermieden war. Die Behandlung der excidierten Stückchen geschah genau nach der Vorschrift von Justus.

In sämtlichen Papeln fanden sich mikroskopisch schollige Massen von bräunlicher Farbe, wie Justus sie beschrieben hatte. Dafs aber diese bräunlichen Massen einen spezifischen Einflufs des Quecksilbers auf syphilitisches Gewebe beweisen,

möchte Verfasser nicht annehmen, da auch im nichtsyphilitischen Hg-haltigen Gewebe derselbe mikroskopische Befund erhoben werden konnte.

Weiter ergab die Nachprüfung der Justusschen Befunde, dafs die Menge der bräunlichen Masse in keinem Verhältnisse zum gröfseren oder geringeren Hg-Gehalt der tierischen Gewebe stand; endlich, dafs auch in nichtsyphilitischen, völlig Hg-freien Papeln, auf welche man nach der Justusschen Methode $ZnCl_2$ und H_2S einwirken liefs, die erwähnten bräunlichen scholligen Gebilde sich vorfanden. Hiernach kann Verfasser dieselben nicht mit der Quecksilberanwesenheit in Geweben in ursächliche Beziehung bringen. Vielmehr glaubt er, „dafs die bräunlichen Massen als Niederschläge von der $ZnCl_2$ und H_2S-Behandlung her zu betrachten sind, oder aber physiologische Gebilde, die durch die $ZnCl_2$ und H_2S-Behandlung verändert sind, darstellen". *C. Berliner-Aachen.*

American Journal of Dermatology and genito-urinary diseases.

1902. Heft 3.

1. **Die Blase als Dynamometer,** von Havelock Ellis-Lelant. Nach Mossos und Pellacanis Untersuchungen reagiert die Blase in der feinsten und exaktesten Weise auf cerebrale Reize. Sie befindet sich in einer dauernden rhythmischen Kontraktion und Expansion. In Bezug auf Reize von seiten des Gehirns reagiert dies Organ feiner als das Gefäfssystem und mindestens so scharf als die Iris. Ebenso kann dasselbe als ein Gradmesser für die verschiedene Energie der Nerventhätigkeit des Körpers angesehen werden. Deprimierende Einflüsse setzen die dynamischen Leistungen der Blase herab, stimulierende erhöhen sie. Die Muskelkraft des Organs scheint mit den Tagesstunden zuzunehmen. Die nächtliche Ausdehnung ist die Folge eines dynamischen Rückschritts am Morgen. Auch das Alter, die Jahreszeiten, das Klima haben einen gewissen Einfluſs. Eine Steigerung der Blasenenergie tritt zweifellos durch sexuelle Reizungen ein.

2. **Venerische Krankheiten in unseren überseeischen Besitzungen, mit einigen Bemerkungen über Verhütung und Behandlung derselben,** von W. D. Shelby-Binan. Der Verfasser glaubt, dafs alle Geschlechtskrankheiten durch Übertragung von einer Rasse auf die andere an Virulenz zunehmen. Insofern ist der Einfluſs der aus Westindien und den Philippinen stammenden venerischen Leiden auf das amerikanische Volk, in welchem dieselben während der letzten fünf Jahre schon im Rückgang begriffen waren, kein günstiger. Nicht dafs besonders viel neue Fälle, aber besonders schwere Fälle von sexuellen Krankheiten importiert werden. So beobachtete Verfasser auf Cuba, dafs eine einzige Prostituierte, welche angeblich als Wäscherin in das Lager der Freiwilligen kam, neun von ihnen mit schwerer Syphilis infizierte. Da dies Leute waren, die als Freiwillige dienten und sofort nach Beendigung des Krieges ins Civilleben zurücktraten, so boten sie eine grofse Gefahr der Ansteckung für die Allgemeinheit. Und solcher Fälle giebt es massenhaft. In einer Garnison von 1200 Mann waren zu einer Zeit 150 venerische Kranke im Hospital. Von Manila zurückkehrende Kavallerie wies in einem Falle 25% venerische Kranke auf. Verfasser fordert darum für die Kolonien Schaffung besonderer Prostituiertenviertel, wöchentliche gründliche Gesundheitsvisitationen und Anzeigepflicht der Herkunft jedes Falles von Geschlechtskrankheiten (wenigstens unter dem Militär). Die Truppen selbst sind über die Gefahren des geschlechtlichen Verkehrs aufzuklären und vor dem Alkohol zu warnen, der dazu verführt. Betreffs der Behandlung ist Verfasser der Meinung, dafs in diesen tropischen, beziehentlich subtropischen Gegenden grofse Mengen Merkur nicht und vor allem Merkurinjektionen nicht vertragen werden. Letztere führen leicht zu Abscessen.

3. **Cystitis**, von Chauvet. Verfasser rät bei Cystitis innerlich folgende Medikation:

℞ *Ol. terebinth.* 15,00
Camphor. 1,00
Extr. Hyoscyami 0,08.
M. f. massa.
S. Morgens und abends ein kirschkerngrofses Stück zu nehmen.

4. **Falten und Gesichtsausdruck**, von J. Abbott Cantrell-Pittsburg. Schilderung der physiologischen und pathologischen Faltenbildung des Gesichts. Therapeutisch in Frage kommen bei dem vom Verfasser in seiner Bedeutung entschieden überschätzten Leiden übermäfsiger und vorzeitiger Gesichtsfalten Massage, Elektricität, seelische Einwirkung.

5. **Myomektomie, partielle Prostatektomie als Behandlungsmethode bei Prostatavergröfserung**, von Augustus Charles Bernays-St. Louis. Der Verfasser steht auf dem Standpunkte, dafs bei alten Fällen von Prostatahypertrophie palliative Mafsnahmen oft radikalen Eingriffen vorzuziehen sind. Drainage der Blase auf dem Wege der suprapubischen Incision ist empfehlenswerter als die perineale Drainage, wenn chronischer Blasenkatarrh oder Pyelitis besteht. Die Gefahren der Myomektomie oder perinealen Prostatektomie sind minimale. Man kann durch sie genügende funktionelle Resultate erzielen. Bottinis Operation mufs als ein Palliativeingriff zur leichteren Entleerung der Blase angesehen und wird durch obige Operationsmethode wohl bald verdrängt werden. Bottinis Methode ist ein gefährlicher Eingriff, oft ist derselbe von Harninfiltration des Perineum gefolgt. Bei der Myomektomie ist geringere Gefahr, ja keine vorhanden, so lange die Kapsel der Prostata geschont wird. Und dies ist ein Haupterfordernis.

6. **Klinisches Bild und Diagnose der Hämaturien**, von H. M. Christian. Die Abhandlung enthält nur Bekanntes.

7. **Beobachtungen über Kahlheit**, von S. C. Martin-St. Louis. Bemerkungen allgemeiner Natur über den Wert der Kenntnis von der Ätiologie jedes Haarausfalls unter den praktischen Ärzten.

8. **Ein Beitrag zur Bottinischen Operation bei Prostatahypertrophie**, von George Walker-Baltimore. Besprechung erfolgt mit dem im nächsten Heft erscheinenden zweiten Teil der Abhandlung.

9. **Kongestion der Prostata**, von Edward Seymour Moulton-New Haven. Als einen Zustand, welcher den Ausgangspunkt einer sexuellen Neurasthenie oder Prostatahypertrophie darstellen kann, mufs man die Kongestion der Vorsteherdrüse betrachten. Man verwechselt diesen Begriff häufig mit Prostatitis und Prostatorrhoe. Letztere ist aber nur ein Symptom, welches ebenso bei Prostatitis wie Prostatakongestion auftreten kann. Prostatitis kann auf letztere folgen. Es mufs dann unter allen Umständen eine Infektion vorhanden sein. Die Kongestion der Drüse tritt meist bei jungen und Leuten mittlerer Jahre auf. Ursächlich sind zu beschuldigen: Rektalleiden (Hämorrhoiden, Strikturen, Tumoren), Harnröhrenverengerungen, Excesse in venere und anderer Art, Masturbation. Bei aktiver Kongestion besteht Schwellung und Hitzegefühl der Prostata, Schmerzhaftigkeit und beträchtliche Steigerung des Geschlechtstriebes, Häufigkeit der Miktion, Schmerzen bei der Defäkation, sowie mehr oder weniger Sekretion aus der Harnröhre. Letztere ist schleimig und besteht fast nur aus Prostatasekret. Die Urethra prostatica ist gerötet. Dies Stadium ist vorübergehend. Entweder geht die aktive Kongestion zurück oder in Prostatitis über. Passive Kongestion entsteht langsamer wie die aktive. Als Ursachen sind die gleichen zu nennen. Symptome sind: unbehagliches Gefühl im Perineum, Brennen beim Uri-

nieren und dumpfer Schmerz bei der Defäkation, sowie Abnahme des Geschlechtstriebes. Letztere führt die Kranken meistens zum Arzte. Meist zeigt sich am Ende der Miktion etwas Ausfluſs, den diese nervösen Kranken für Samenfluſs halten. Der Prostatateil der Urethra ist dabei dunkelblaurot und sehr empfindlich. Die Drüse selbst erweist sich bei rektaler Untersuchung als leicht vergröſsert, zum Teil knotig verändert. Die Therapie muſs alle Ursachen beseitigen, welche die Kongestion unterhalten. Daneben muſs der Harn durch Urotropin oder Salol geklärt und für gute Verdauung gesorgt werden. Lokal Massage der Prostata (mit dem Finger, nicht mit dem Massator) und Instillationen von Argentum nitricum in die hintere Harnröhre, von einer halbprozentigen Lösung an steigend. Im übrigen ist Diät und sexuelle Schonung geboten.

10. **Die moderne Behandlung der Blennorrhoe**, von M. C. Shanahan-St. Louis. Die Abhandlung bildet eine lebhafte Empfehlung der Silbersalz-Therapie des Trippers. Aus diesen Medikamenten hebt der Verfasser besonders das Albazin, welches er nach der Janetmethode verwendet, hervor.

1902. No. 4.

1. **Die Anwendung der Kauterisation in neuer Weise zur Beseitigung der Prostata-Obstruktion**, von Wm. N. Wishard-Indianopolis. Der Verfasser hat seit einiger Zeit die kaustischen Einschnitte in die Prostata von einer vorher angelegten Sectio perinealis aus durch eine eingeführte Tube unter Leitung des Auges bewerkstelligt. Seine Erfolge sind sehr zufriedenstellende. Das Beobachtungsmaterial ist aber noch beschränkt an Zahl.

2. **Cyklische Albuminurie**, von Wm. E. Höger-South Carolina. Der Verfasser hatte Gelegenheit, in letzter Zeit zwei Fälle von cyklischen Eiweifsharnen bei zwei 18jährigen Patienten zu beobachten. Er kommt betreffs dieser Erscheinungen zu folgenden Schlüssen: Die cyklische Albuminurie beruht, wie die gewöhnliche pathologische Albuminurie, auf den folgenden Faktoren oder auf einem derselben. Erstens handelt es sich um entzündliche oder um degenerative Veränderungen in der Nierenstruktur, was das Vorkommen von Cylindern beweist. Letztere sind wahrscheinlich viel häufiger zu finden, als man bisher angenommen hat. Zweitens kommen Alterationen der Qualität des Blutes in Betracht, welche dessen Serumalbumin leichter diffundierbar machen. Die Patienten sind meistenteils anämisch. Drittens sind Störungen im Blutdruck vorhanden. In beiden vorliegenden Fällen beruhten diese auf einem mechanisch erhöhten Blutdruck in den venalen Venen. Moxon und Ainozon teilen die Fälle von cyklischer Albuminurie sehr richtig in zwei Arten ein, solche, welchen es dauernd gut geht und solche, welche sich zu dauernden Albuminurien umbilden.

3. **Behandlung der Akne**, von S. C. Martin-St. Louis. Der Verfasser polemisiert gegen die vielen Unterbezeichnungen für Akneformen aller Art und teilt die Akne ein in indolente und gereizte Akne. Ätiologisch leugnet er jeden Einfluſs von Mikroorganismen. Bei Acne indolens finden wir die Haut torpid und dick. Die Talgdrüsen sind unthätig und ihre Ausführungsgänge durch eingetrocknete Sekretmassen erweitert. Dieselben zersetzen sich und erzeugen entzündliche Vorgänge. Bei Acne irritata ist die Haut dünn, die Talgdrüsen sind weniger verstopft und in geringem Grade affiziert, doch sticht als markantestes Symptom eine lebhafte Kongestion ins Auge. Störungen in der Blutzirkulation und den Nerven sind hier als kausale Faktoren zu nennen. Die Behandlung beider Abarten muſs eine dreifache sein, eine hygienische, konstitutionelle und örtliche. Die indolente Form erfordert eine stimulierende Therapie, die irritative eine mehr beruhigende, sedative. In hygienischer

Hinsicht kommen Diät, Ausarbeitung und Reinlichkeit in Betracht. Intern zu reichen empfiehlt sich neben Arsenik, Schwefel, Calciumsulphid, Ergotin, Glycerin und Strychnin. Ohne Beachtung der gesamten Konstitution ist keine Akne zu heilen. Es ist deshalb stets zu untersuchen, ob Obstipation oder das Gegenteil, ob Frauenkrankheiten oder Dysmenorrhoen bestehen. Ergotin ist für letzteren Fall besonders mit Erfolg zu raten. Es wirkt auch stimulierend auf die Hautmuskulatur, die das Talgdrüsensekret besser zu exprimieren befähigt wird. Glycerin wirkt sowohl antifermentativ im Darm, als auch erweichend auf das Sekret der Talgdrüsen. Es wird davon 3mal täglich 1 Eßlöffel voll genommen. In manchen Fällen thut die Darreichung von 3mal täglich ½ Theelöffel Tafelsalz gute Dienste. Alkohol ist stets zu verbieten. Fleisch, Thee und Kaffee sind nur in beschränktem Maße zu genießen. Bei irritativer Akne gebe man örtlich Umschläge von Bleiwasser oder Aqua Goulardi oder Zinksalbeapplikationen. Sind unter dieser und leicht abführender Behandlung die entzündlichen Erscheinungen zurückgegangen, so gehe man zu mehr stimulierenden Medikationen über. Sulfur intern wie extern ist jetzt indiziert, daneben Salicylsäure in Salbenform. Pusteln sind stets zu eröffnen, danach gebe man einige feuchte, antiseptische Kompressen. Ausquetschen der Mitesser und Massage der Haut sind ebenfalls notwendig. Ist vorzüglich der Rücken befallen, so giebt Verfasser die Vleminckxsche Lösung, mit 3—4 Teilen Wasser verdünnt, als lokale Applikation. Bei verhärteten Akneknoten reibe man etwas graue Salbe ein, auch weiße Präcipitatsalbe. Zum Waschen ist stets warmes Wasser zu benutzen.

4. **Behandlung der Hoden- und Nebenhodentuberkulose**, von Irvin Abell-Louisville. Der häufigste Ausgangspunkt für Urogenitaltuberkulose ist der Nebenhoden. Gewöhnlich stellt die Nebenhodentuberkulose eine sekundäre Erscheinung dar, doch wirkt sie wie ein primäres Depot. Der Hoden wird selten primär ergriffen, gewöhnlich greift der Prozeß von der Epididymis auf den Testikel über. Wird der Nebenhoden auf dem Wege der Blutzufuhr infiziert, so ist der Krankheitsprozeß gewöhnlich ein intertubulärer. Intratubulär dagegen ist er in der Regel, wenn der Nebenhoden sekundär von anderen Herden des Urogenitaltrakts aus affiziert wird. Herde im anderen Teil des Harngeschlechtssystems kontraindizieren nicht immer operative Eingriffe. Im Gegenteil sind letztere oft von Erfolg begleitet. Die Kastration sollte auf jene Fälle beschränkt werden, in denen der Hoden selbst ergriffen ist. In allen anderen Fällen empfiehlt der Verfasser die Epididymektomie mit hoher Resektion des Samenstranges nach Villeneuve.

5. **Organische Harnröhrenstriktur**, von Henry Orendorf-Kentucky. Die organische Verengerung der Urethra beruht auf einer Ablagerung in und auf den Wänden der Harnröhre. Diese Ablagerung ist hervorgerufen durch die gewöhnlichen Vorgänge entzündlicher Prozesse. Diese Veränderungen gelangen nicht zur Resorption, sondern bilden ein organisches Exsudat, das allmählich die Wände der Harnröhre infiltriert und kontrahiert. Das Durchströmen des Urins bildet zudem ein die Verengerungstendenz unterstützendes Moment. Behoben werden kann der Zustand, wenn eine Resorption erfolgt, und diese anzubahnen, dienen die Dehnungen und Zersprengungen der Urethralstrikturen. Auch der oft hinter den Strikturen bestehende Katarrh der Harnröhrenschleimhaut darf nicht außer acht gelassen werden. Zuerst werden Irrigationen am Platze sein, später dazu Dehnungen auch dieses Teiles der Urethra, um die mitaffizierten Drüschen und alle Falten der Schleimhaut auszudrücken und zu reinigen. Santelölpräparate sind gleichfalls zu reichen.

6. **Geisteskrankheiten, Masturbation und sexuelle Excesse**, von Charles H. Hughes-St. Louis. Der Verfasser glaubt, daß excessive Masturbation häufiger die Folge, als die Ursache von geistigen Störungen ist. Neuropathisch veranlagte Indi-

viduen vermögen leicht unter Einwirkung schädlicher Faktoren, wie Tabak- und Alkoholgenufs, sowie anstrengende Arbeit zur Masturbation zu gelangen.

7. **Betrachtungen über die BOTTINI-Operation**, von GEORGE WALKER-Baltimore. Der Verfasser bespricht Entwickelung, Indikationen, Technik, Resultate und Aussichten der BOTTINIschen Operation zur Behebung der Prostata in ausführlicher Weise und fügt einen Bericht über 4 operierte Fälle an. Neues bringt die Abhandlung nicht.

8. **Die therapeutische Verwendung des Jodipins bei venerischen Krankheiten**, von KARL HOLZHAUSER. Verfasser giebt seine Erfahrungen mit Jodipin, das er bei acht Syphilisfällen anwendete, wieder. In zweien dieser Fälle beobachtete er Jodismus. Das Medikament wurde per Injektion gereicht, und zwar in die Gesäfsmuskulatur. Verwendet wurde Jodipin von 25% und angewärmt. Es folgten niemals Infiltrate, auch war die Einspritzung schmerzlos.

9. **Tripperrheumatismus**, von J. DOUGLAS WESTERVELT-Shreveport. Die Abhandlung wendet sich gegen die Hypothese, dafs die Toxine der Gonokokken die Ursache der Gelenkentzündungen des sogenannten Tripperrheumatismus seien. Warum sollten die Toxine gerade nur die Gelenke und sonst keine Systeme des Organismus befallen. Der Tripperrheumatismus befällt mehr Männer wie Frauen. Er findet sich meist in den ersten Jahren des mittleren Lebensalters. Das Gleiche ist beim vulgären Rheumatismus der Fall. Warum bewirken übrigens die Gonokokkentoxine nur in etwa 2% der Tripperfälle spezifische Gelenkerkrankungen? Auch nicht blennorrhoische Harnröhrenausflüsse sind oft von gleichartigen Gelenkaffektionen begleitet. Alles stärkt die Theorie von dem konkomitierenden Auftreten von Blennorrhoe und Rheumatismus und spricht gegen die Toxintheorie des Tripperrheumatismus.

Hopf-Dresden.

Journal des maladies cutanées et syphilitiques.

1902. Heft 4.

Über Leukämide, von C. AUDRY-Toulouse. Als „Leukämide" bezeichnet A. diejenigen juckenden Exantheme, die im Verlauf der verschiedenen Formen der Leukämie aufzutreten pflegen, die klinisch immer und zuweilen auch anatomisch mit der Grundkrankheit zusammenhängen. Diese Leukämide treten unter den verschiedensten Formen auf, als Vesikeln, Urticaria, Papeln, Pomphi vesiculosi, Prurigo u. s. w. und sind meistens mit einem unerträglichen Jucken verbunden. In wie weit dieses letztere mit dem Grundleiden zusammenhängt, ist schwer zu erweisen; viel eher läfst sich das Zustandekommen der verschiedenen Eruptionen aus Hämorrhagien verstehen, die ihrerseits aus der Blutveränderung folgern. Die hartnäckigen Exantheme treten häufiger bei bösartiger Leukämie auf, die hämorrhagischen, vorübergehenden Formen kommen im frühen und späteren Stadium der Krankheit zur Beobachtung. Es ist dabei gleichgültig, ob es sich um eigentliche oder um Pseudo-Leukämie handelt, jene Leukämide treten bei beiden Formen gleichmäfsig auf.

Über die Veränderungen bei der Seborrhoe und besonders bei der Seborrhoea senilis, von AUDRY und DALOUS. Verfasser beginnen mit einer Klage über unsere mangelnden Kenntnisse der Histochemie der Hautfette sowie der Fette überhaupt und kommen dann auf ihr eigentliches Thema, die Greisenseborrhoe zu sprechen. Hier unterscheiden sie drei Formen. Bei der ersteren handelt es sich um eine Seborrhoea vulgaris, nur das hier die Ausführungsgänge stärker erweitert, Akne und Komedonen selten sind. Bei der zweiten Form fallen kleine Flächen auf, die mit einer grofsen Menge ganz feiner schwarzer Punkte besät sind, letztere enthalten weder

Fäden noch Komedonen; in der ganzen Nachbarschaft fehlt jede Spur von Entzündung. Die Epidermis jener kleinen Herde erreicht oft eine epitheliomatöse Verdickung. Die schwarzen Punkte entpuppen sich unter dem Mikroskop als kleine Kokons von dem nämlichen Bau, wie sie bei jeder Seborrhoe zur Beobachtung kommen; das Epithel nimmt hier dagegen einen wahrhaft papillomatösen Charakter an; von Hyperkeratose fehlt hier jede Andeutung. Diese ist nun aber das hervorstechendste Symptom der dritten Form von Seborrhoea senilis; diese entspricht durchaus der „Crasse senile", der Acne sebacea senilis, dem Keratoma senile u. s. w. Schuchart und Unna haben nun behauptet, dafs es sich hierbei gar nicht um eine Seborrhoe, sondern um eine Akanthosis handele, die jeden Augenblick in ein Epitheliom übergehen könne. Dem widersprechen die Verfasser; für sie nimmt diese dritte Form ihren Ausgang immer von einer heftigen Seborrhoe, zu der sich Akanthosis und Hyperkeratosis, oder, wenn man lieber will, Keratom hinzugesellen; letzteres kann jeden Augenblick einer epitheliomatösen Degeneration anheimfallen.

Zur Beeinflussung der Syphilis durch die Psoriasis, von Ch. Audry. Bei einem 38jährigen Manne, der seit Jahren an Psoriasis litt, entwickelte sich ein sekundäres Syphilid. Bemerkenswert war dabei, dafs auch die Papeln der Brust- und Bauchhaut einen durchaus psoriasisartigen Charakter annahmen, sich mit glänzenden Schuppen bedeckten. Die Psoriasisplaques aber, die schon vorher bestanden hatten, wurden durch die Syphilis nicht beeinflufst. A. folgert aus diesem Verhalten, dafs bei der Psoriasis, wie bei vielen anderen Dermatosen, eine angeborene Mifsbildung der Haut im Spiele sei.

Syphilis hereditaria tarda mutilans des Gesichts, von Audry und Bauby. Es handelt sich in dieser Krankengeschichte um ein geistig und körperlich etwas zurückgebliebenes Mädchen von 15 Jahren, bei dem ungefähr innerhalb eines Jahres schwere Zerstörungen im Gesicht durch eine Syphilis hereditaria tarda herbeigeführt wurden. Ausgehend von den Supraklavikular- und den Intramaxillardrüsen ergriff die Ulceration allmählich Mund und Nase und zerstörte einen Teil der letzteren, sowie die linke Hälfte der Oberlippe. Das Leiden wurde um so eher für tuberkulös gehalten, als eine anfangs eingeleitete gemischte spezifische Behandlung völlig im Stich liefs. Erst später wurde der Irrtum erkannt und durch hohe Gaben Jodkalium dem Prozefs Stillstand geboten.

Ein tuberkuliniformes Erythem bei einer Lupuskranken nach einer phototherapeutischen Behandlung, von Ch. Audry. Die 28jährige Patientin war mit einem Lupus vulgaris faciei behaftet. Im Anschlufs an mehrere phototherapeutische Sitzungen trat unter Allgemeinerscheinungen — Schlafsucht, Appetitmangel, Schmerz — an verschiedenen Körperstellen ein Erythem auf, das mit dem von den Tuberkulineinspritzungen her bekannten Erythem die gröfste Ähnlichkeit hatte. Ob dieses Erythem eine Wirkung der Lichtstrahlen war, oder ob es mit der Hauttuberkulose zusammenhing, läfst sich nicht ermitteln.

Die Psoriasis bei den Syphilitischen, von Chatin und Druelle. Wie wirkt die Syphilis auf die Psoriasis, wenn sie zu letzterer hinzutritt, oder wenn sie ihr vorausgeht? und welchen Einfluss hat umgekehrt die Psoriasis auf den Verlauf der Syphilis? Diese drei Fragen suchen die Verfasser, vornehmlich aus der Litteratur, zu beantworten. Aber die Kasuistik giebt für die aufgeworfenen Fragen keine unzweideutigen Antworten. Dafs die Psoriasis sich im Verlauf einer hinzutretenden Syphilis bessert, ist häufig beobachtet; diese Besserung wird aber, von Besnier z. B., auf die spezifische Behandlung zurückgeführt und ist fast immer nur von vorübergehender Dauer. Dagegen sind auch Fälle beobachtet, wo umgekehrt die Psoriasis unter dem Einfluss

einer frischen Syphilis viel schlimmere Formen annimmt. Auch das Aussehen der Psoriasis wird durch eine hinzutretende Syphilis beeinflufst; sie wird kupferfarben und ihre Elemente verwandeln sich zuweilen sogar in syphilitische Papeln. Nach einer ausgiebigen spezifischen Behandlung gewinnt die Psoriasis aber wieder ihr bekanntes Aussehen.

Es giebt auch Fälle, in denen bei vorher ganz gesunden Menschen die Psoriasis im Verlauf einer Syphilis zum ersten Mal auftritt; eine solche eigene Beobachtung teilen die Verfasser mit. Hier kann dann die Psoriasis, auch nach dem Verschwinden der Syphilis, bestehen bleiben. Eine solche Psoriasis soll nach einigen Autoren einzelne Eigentümlichkeiten aufweisen; dem wird aber von anderer Seite widersprochen.

Endlich ist auch ein Einfluſs der Psoriasis auf die Syphilis zuzugeben, insofern als letztere bei Psoriatikern häufig die papulo-squamöse Form annimmt und daſs sie, infolge eines Falles von Psoriasis, selber aus ihrem Schlummer geweckt werden kann.

Ein Fall von Erythema persistens, von J. Méneau und La Bourboulle. Der 44jährige, neuro- und dermopathisch schwer belastete Patient hatte, neben anderen Hautsymptomen, seit 4—5 Monaten an der Streckseite der Unter- und Oberschenkel ein Erythem, das seiner Form nach an die erythemato-papulöse Varietät des Erythema polymorphum erinnerte. Es bestand aus maculo-papulösen Flecken, war aber frei von Vesikeln und Blasen; die einzelnen Papeln hatten die Gröſse eines 20—50-Centimesstückes. Als Ursache wird die unmäſsige Lebensweise des Patienten angegeben.

Türkheim-Hamburg.

Bücherbesprechungen.

Die Verletzungen und Krankheiten der Prostata, von August Socin und Emil Burckhardt-Basel. Mit pathologisch-anatomischem Beitrag von E. Kaufmann-Basel. (Stuttgart, Ferdinand Enke, 1902.) Die Bearbeitung des vorliegenden Handbuches war ursprünglich von Socin übernommen worden. Der Tod hat ihm die Vollendung seines Werkes unmöglich gemacht. Aus seiner Feder stammen auſser einem groſsen Teile des Litteraturverzeichnisses, das im ganzen 2004 Nummern umfaſst, nur die Kapitel „Anatomische Bemerkungen, Untersuchung der Prostata an Lebenden, Angeborene Miſsbildungen und Anomalien, Verletzungen, Entzündungen der Prostata, Chronische Prostatitis, Tuberkulose und Syphilis der Prostata“ und von dem die Prostatahypertrophie behandelnden Kapitel die Abschnitte „Allgemeines, Pathologische Anatomie, Ätiologie, Symptomatologie, Komplikationen und Prognose“. Den übrigen, weitaus gröſseren Teil des Buches, der die Diagnose und Therapie der Prostatahypertrophie, die Atrophie, Steine, Cysten, maligne Neubildungen und Neurosen der Prostata enthält, verdanken wir Socins Schüler Burckhardt.

Den umfangreichsten Teil des Ganzen bildet die Darstellung der Prostatahypertrophie, und zwar speziell der Abschnitt über die Behandlung derselben. Im Gegensatz zu Guyon und der französischen Schule betrachten die Verfasser die Prostatahypertrophie nach wie vor als ein durchaus selbständiges lokales Übel, über dessen Ätiologie wir allerdings noch gar nichts wissen. Die allgemein verbreitete Ansicht, daſs der mittlere Lappen vor allen anderen Teilen der Prostata eine besondere Neigung zur Hypertrophie zeige, ist nach Socin durchaus irrig. Sehr interessant und wichtig sind Socins Untersuchungen über das Verhalten des Sphincter internus bei Prostata-

hypertrophie. Bezüglich der viel angezweifelten Blasenhalsklappen kommt er zu dem Schlusse, dafs es allerdings eine von Prostatahypertrophie unabhängige muskulöse Klappe am Blasenhalse giebt, dafs eine solche aber nicht häufig vorkommt. Das häufige Harnbedürfnis, das erste Symptom der Prostatahypertrophie, macht sich nach Socin nicht, wie übereinstimmend angegeben wird, zuerst nachts und in der Ruhe geltend, sondern vielmehr bei Tage, bei körperlicher Arbeit, Bewegungen u. s. w., und erst späterhin während der Nacht und in der Ruhe. Dagegen giebt Burckhardt bei der Besprechung der Diagnose an, dafs die vermehrte Miktionsfrequenz zuerst in der Ruhe und während der Nacht auftritt. — Die Therapie der Prostatahypertrophie ist sehr ausführlich und eingehend dargestellt. Abgesehen von einer Fülle praktisch wichtiger Details, wie sie sich allenthalben, namentlich aber in dem Abschnitte über Katheterbehandlung finden, werden die einzelnen Operationsmethoden genau beschrieben, die von den anderen Autoren mitgeteilten Ergebnisse, sowie die von den Verfassern selbst erzielten Resultate kritisch gewürdigt und auf Grund dieser Betrachtungen die Indikationen der einzelnen Verfahren genau formuliert. Einzelnes aus diesem umfang- und inhaltreichen Abschnitt mitzuteilen, würde zu weit führen, es mag hier nur wiedergegeben werden, wie Burckhardt selbst seinen Standpunkt in der Frage der Therapie präzisiert: „Ich betrachte den Katheter als Normalverfahren; er ist in allen gewöhnlichen Fällen indiziert. Wenn ich mit dem regelmäfsigen Katheterismus in Verbindung mit allgemeinen hygienischen und diätetischen Mafsnahmen, eventuell auch mit einer gleichzeitigen internen Therapie, sowie der Behandlung etwa vorhandener Komplikationen nicht auskomme, oder wenn der Katheterismus schwierig, schmerzhaft und mit Blutungen verbunden ist, so wird vorerst der Verweilkatheter appliziert. Gelingt es nicht, annähernd normale Miktionen, sowie vollständige oder fast vollständige Entleerung der Blase auf diesem Wege zu erzielen, so schlage ich dem Kranken einen operativen Eingriff vor. Von solchen gebe ich bei allgemeiner, gleichmäfsiger Hypertrophie der Bottinischen Operation unbedingt den Vorzug; bei einem etwaigen Mifserfolge ist dieselbe ein zweites, eventuell drittes Mal auszuführen. Kann sie aus irgend welchem Grunde nicht vorgenommen werden, oder ist die Blase schwer infiziert, der Urin von sehr schlechter Qualität, so ist — sofern die perineale Distanz günstig — bei dekrepiden Kranken mit allgemeiner Hypertrophie die Sectio perinealis mediana mit nachfolgender Blasendrainage, eventuell mit In- oder Excision leicht erreichbarer, prominenter Prostatateile am Platze. Bei grofser perinealer Distanz dagegen, aufserdem bei noch gut konservierten Patienten, dann in allen Fällen von stark in die Blase vorspringenden Mittellappen mache ich bei unmöglicher oder resultatloser Bottinischer Operation die Sectio alta mit Abtragung des prominenten Tumors. Durch das Bedenken, es möchte bei jahrelang bestandener Störung der Entleerung die Blasenmuskulatur sich nach dem operativen Eingriff nicht wieder erholen können oder nicht vollständig leistungsfähig werden, lasse ich mich von einer sonst indizierten Operation niemals abhalten. Es sind Fälle genug bekannt, welche beweisen, dafs jene Bedenken oft ganz grundlos sind .... Von der Prostatectomia perinealis lateralis habe ich so wenig Gutes gesehen, dafs ich mich — vorläufig wenigstens — nicht mehr zu derselben verstehen kann. Die sexuellen Operationen verwerfe ich vollends ganz .... Von rein palliativen Operationen kommen für mich nur der suprasymphyseäre Blasenstich, die Urethrotomia externa und die Sectio alta in Betracht. Ich lasse dieselben lediglich als einen Notbehelf, als einen momentanen Ausweg aus dringender Verlegenheit oder bei schweren Komplikationen gelten ... "

Bezüglich der Entstehung der malignen Prostatatumoren, speziell der Prostatacarcinome, glaubt Burckhardt, dafs hier die einfache Hypertrophie bis zu einem gewissen Grade als ätiologisches Moment in Betracht kommt. Allen anderen, für Neo-

plasmen als prädisponierend aufgeführten Anomalien dagegen ist eine ernstliche ätiologische Bedeutung kaum beizumessen. Die malignen Neubildungen der Prostata sind im ganzen als seltene Krankheitsformen zu betrachten, doch kommen speziell Prostatacarcinome sicher viel häufiger vor, als bisher angenommen wurde. Dieselben sind manchmal sehr klein und können nicht nur bei der klinischen Beobachtung, sondern auch bei der anatomischen Untersuchung leicht übersehen, bezw. für einfache Hypertrophien gehalten werden. Wichtig ist es, in zweifelhaften Fällen nach Metastasen zu fahnden, die sich, wie Recklinghausen gezeigt hat, mit Vorliebe im Skelett etablieren. Aufser Carcinomen und Sarkomen beschreibt Kaufmann, der in dem Buche die pathologische Anatomie der malignen Neubildungen sehr eingehend bebehandelt, drei Fälle von malignem Rhabdomyom der Prostata; bisher sind in der Prostata solche Tumoren nicht gefunden worden. Das makroskopische wie das klinische Verhalten dieser Rhabdomyome stimmt mit dem der Sarkome vollständig überein; sie haben wie diese progressiven Charakter und eine ausgesprochene Neigung zur Metastasenbildung.

Das vorliegende Werk kann man mit Freuden begrüfsen; es ist ein vortreffliches, in allen seinen Teilen wohlgelungenes Buch, in dem die reiche persönliche Erfahrung der Verfasser und die ganze riesige Litteratur mit vorurteilsloser, reifer Kritik verwertet und zu einem klaren Bilde verarbeitet sind. Wer immer sich mit Prostatakrankheiten beschäftigt, wird in dem Buche einen nie versagenden Ratgeber finden.

Götz-München.

Handbuch der Hautkrankheiten, von Franz Mračeк. (Wien, Alfred Hölder, 1902.) 5. und 6. Abteilung. Die vorliegenden zwei Hefte umfassen folgende Arbeiten: Blaschko über Herpes (Schlufs); Friedrich Luithlen-Wien: Pemphigus neonatorum sive contagiosus, Epidermolysis bullosa hereditaria (Köbner), Dermatitis exfoliativa Ritter; Ludwig Török-Budapest: Die exfoliativen Erythrodermien; Eduard Spiegler-Wien: Pemphigus chronicus; Franz Chvostek-Wien: Gangraena cutis; Spiegler: Combustio, Conglaetio; Siegfried Grosz-Wien: Psoriasis vulgaris; P. G. Unna-Hamburg: Ekzem.

Die Therapie des Herpes Zoster, um ein Kapitel herauszugreifen, ist zum Teil, besonders wenn Rumpf und Glieder befallen, eine entbehrliche, zum Teil in schwereren Fällen eine nicht ganz einfache. Wir müssen vor allem das Bestreben der Herpeseruption, einzutrocknen, unterstützen, weshalb alle feuchten Salben- und luftdichten Verbände zu verwerfen sind. Gewöhnlich genügt einfaches Einpudern oder die Applikation des Boeckschen Linimenta, beziehentlich der Blaschkoschen Kühlpaste.

℞ *Talcum*		℞ *Amyli*	
Amyli	ā 40,0	*Zinc. oxyd.*	ā 25,0
Glycerin.	20,0	*Aq. Plumbi*	50,0
(*Gummi arab.*	1,0)	*M. f. pasta*	
Aq. Plumbi	ad. 200,0		

Auch pudert man mit Vorteil nach Bepinseln der Eruptionen mit Benzoetinktur, welcher 1—5‰ Sublimat zugesetzt werden darf. Bei sehr empfindlicher Haut legt man hierüber Wattelagen auf, beziehentlich Verbandstücke mit Zinkpaste betrichen, doch darf die Verdunstung bei Anlegen von Verbänden keinesfalls beeinträchtigt werden. Nur ganz schwere Fälle von gangränösem Zoster erfordern Jodoformsalbenverbände. Beim Eintreten feuchten Brandes wird man nach Abstofsen der Krusten Cocainsalben erfolgreich benutzen können. Aufser dieser rein lokalen Behandlung der Hauterscheinungen erfordern jedoch die begleitenden Neuralgien vielfach ein besonderes Eingreifen. Man wird hier zu Antipyrin, Phenacetin, Morphium und Chloral

greifen, doch reicht diese Therapie bei rebellischen konsekutiven Neuralgien oft nicht aus. Dann kommen Vesikantien, thermokaustische Applikationen auf die Wirbelsäule, Elektrisieren mit dem konstanten Strom, sowie hydrotherapeutische Maßnahmen in Betracht. Die vielfach gleichzeitig bestehende Neurasthenie darf ebenfalls nicht unbehandelt gelassen werden.

Der Pemphigus neonatorum wurde zuerst 1773 von Oehme sicher beschrieben. Jörg (1826), Valleix (1838), Barrier (1842) und andere beschreiben ihn genau. Kraus (1844) wird vielfach als erster Beschreiber hingestellt. Er behauptete zwar schon von Beginn an, daß die syphilitische Natur des Leidens keineswegs zweifellos sei, da ja die Mütter der befallenen Kinder meist nicht spezifisch krank wären, doch traten Dugès, Dubois und Bärensprung für die spezifische Natur des Pemphigus neonatorum ein. Jetzt kamen die Beobachtungen von Pemphigusepidemien (Rigby 1834, Reinhold 1837, Corrigan 1840, Scharlau 1841, Scheu 1840), denen sich später die Berichte über große Epidemien — Hervieux im Jahre 1868 über 150 Fälle, sowie Olshausen und Mekus (1870) — anschlossen. Hierdurch wurden Bärensprungs Theorien umgestoßen. Das Leiden zeigt sich bei Neugeborenen meist am 4. bis 7. Tage, jedenfalls nicht vor dem 3. Lebenstage, selten nach dem 14. Es besteht in hellen, prallen Blasen, die auf normaler oder nur unwesentlich geröteter Haut aufschießen. Entweder sind dieselben rund oder oval, in frischem Zustande oder bei der ersten Attacke klar und prall gefüllt. Ein meist vorhandener roter Saum pflegt sich bei längerem Bestehen der Blase zu verbreitern. Von der Eruption bleiben meist Hohlhand und Fußsohle verschont; werden sie — meist durch Übergreifen von der Umgebung her — ebenfalls befallen, so weisen sie besonders große Blasen auf. Der Blasenausschlag erfolgt meistens schubweise. Die älteren Blasen trocknen ein, sie werden vorher trübe. Vielfach platzen sie auch und lassen eine nässende, glänzend rote Fläche zurück, die durch Überziehen mit einem feinen Häutchen bald in Heilung übergeht. Es bleibt eine Zeitlang ein roter Fleck zurück. Die leichteren Fälle zeigen stets wenig Blasen auf einmal, wobei gleichwohl recht viele Attacken vorkommen können. Diesen stehen die schweren Fälle mit dichtstehenden, leicht platzenden Blasen gegenüber, oft auch mit dem Bilde des Foliaceus. Je älter die Kinder, desto milder im allgemeinen der Verlauf. Dauer — meist ohne Fieber — 4—6 Wochen. Unangenehm sind die komplikatorischen Ophthalmien, die durch Hineinlaufen von Blasensekret in die Augen entstehen. Die Prognose ist bei gesunden Kindern günstig, doch unterscheiden sich bezüglich derselben einzelne Epidemien. Zechmeister berechnete 25%, Huart 60%, Corrigan 90% Mortalität (Findelkinder!), Olshausen und Mekus sahen auffällig günstigen Verlauf. Schon die Epidemien sprechen für Ansteckungsfähigkeit der Krankheit, auch sind viele direkte Übertragungen beobachtet worden. Experimentelle Impfungen mit dem Erfolge, daß sich nach 24—72 Stunden typische Pemphigusblasen bildeten, haben Scharlau, Koch, Vidal, Almkvist, Kaposi, Weyl und andere erzielt. Nachdem schon Birch-Hirschfeld und andere den Staphylococcus aureus im Blaseninhalte nachgewiesen hatten, war es Almkvist, der sich mit dessen Reinkulturen impfte und die Eruption auf seiner Haut erzeugte. Nach ihm unterscheidet sich dieser Keim von dem Eitererreger, weshalb Almkvist ihn auch speziell benannte Micrococcus pemphigi neonatorum. Luithlen und Felsenthal halten den Bacillus nur für einen weniger virulenten Staphylococcus aureus. Soltmann, Henoch und andere sind der Überzeugung, daß die verschiedensten im Körper kreisenden Keime den Pemphigus hervorzurufen im stande sind. Daraus resultiere einmal der milde, einmal der schwere Verlauf. Histologisch betrachtet bildet sich die Pemphigusblase zwischen Horn- und Stachelschicht, enthält bei Fibrinabscheidung polynukleäre Leukocyten, welche aus den Papillargefäßen stammen, abgestoßenes Epithel

und Staphylokokken. Die Coriumgefäfse, erweitert, sind von weifsen Blutkörperchen umlagert. Bei resistenter Hornschicht, die erhalten bleibt, wird das Rete Malpighi herabgesetzt. Anderenfalls, wenn die Blase platzt, werden die Leukocyten aus den tieferen Lagen bald verschwinden. Manche Fälle von Pemphigus neonatorum stehen in Zusammenhang mit septischen Prozessen bei der Mutter, die meisten beruhen jedoch höchstwahrscheinlich auf einer Infektion seitens der Hebamme oder Wartefrau, welche dann die Krankheit entweder direkt oder mittelbar durch Waschwasser, Schwämme oder Gerätschaften übertragen.

Die Psoriasis behandelt Siegfried Grosz-Wien. Es sei aus diesem Abschnitt etwas über die Therapie der Schuppenflechte mitgeteilt. Diätetische Vorschriften sind nicht ganz aufser acht zu lassen, besonders in Fällen, wo die Dermatose mit Gicht oder anderen Krankheiten einhergeht. Besnier widerrät geräuchertes oder gesalzenes Fleisch; Alkohol, Thee und Kaffee. Bei Psoriasis punctata und guttata ist das Arsen allseits als wirksam anerkannt. Bei entzündlicher Basis und Succulenz der Efflorescenzen widerraten Jamieson, Crocker, Brocq, Jarisch seinen Gebrauch. Aufser Fowlerscher Lösung und asiatischen Pillen kommen folgende Präparate, die Arsenik enthalten, in Betracht:

Solutio Pearsoni: *Natr. arsenicos.* 0,05—0,06
Aq. 30,00
3mal täglich 10—18 Tropfen.

Solutio Bietti: *Ammon. arsenicos.* 0,05—0,06
Aq. 30,00
Ds. 3mal bis 18 Tropfen.

Solutio Valengini: *Acid. arsenicos.* 1,90
Acid. muriat. 5,00
Aq. 500,00
Ds. 10—30 Tropfen 3mal täglich.

Neuerdings wird intern auch die reine Kakodylsäure (täglich 0.15—0,25) oder das Natriumkakodylat (0,25—0,56 g täglich) empfohlen.

Danlos empfiehlt erstere in folgender Zusammensetzung:

Acid. kakodyl. 2,5
Rhei 20,0
Syr. aur. cort. 20,0
Aq. 60,0
Ol. menth. gtts. II.

Gottheil kombiniert das Arsen mit Ichthyol:

Ammon. sulfoichthyol. 7,00
Acid. arsenicos. 0,18
Piper. nigr.
Pulv. radic. Liquir. ā 3,60
M. f. pilul. No. LX.

Subcutan inkorporierte zuerst Lipp 1869 das Arsen. Die offizinelle Formel des Liquor kalii arsenicosi ist nach Ziemssen nicht subcutan verwendbar, da zuweilen Reizungen beobachtet werden. Neuerdings injiziert man vielfach (Danlos, Rille, Grosz) Natriumkakodylat, täglich 1 Pravazspritze von einer 40prozentigen Lösung. Herxheimer spritzt intravenös Acid. arsenicos ein, von 0,001 steigend bis 0,015. Letztere Dose wird bis zum Abblassen der Eruptionen beibehalten. Von sonstigen intern zu reichenden Mitteln dürften die Teerpräparate wohl nicht mehr in Betracht

kommen, ebensowenig die Tinct. Cantharid. (Rayer), die verdorbene Maiatinktur (Lombroso), das Oleum phosphoratum (Broadbent), der Copaivabalsam (Hardy). Nicht ganz zu verwerfen ist die Karbolsäuremedikation.

Acid. carbol. 10,0
Extract
Pulver. Liquir. ää *q. s. ut f. pil. No. C.*
Ds. täglich 5—10 Pillen zu nehmen.

Erfolg erzielt man ebenfalls noch mit dem Jodkalium und den Schilddrüsenpräparaten. Harland gab nach Greves Vorgang bis täglich 40 g, andere Autoren stiegen bis auf täglich 60 g. Rille verabfolgte in einem Falle 2074 g Jodkalium innerhalb 3 Monaten. Die Resultate sind günstige. Aus den Schilddrüsenpräparaten verwendet Grosz das Jodothyrin. Diese Mischung ist aus dem Baumannschen Körper, der wirksamen Substanz der Drüse und Milchzucker hergestellt. 1 g enthält 0,0008 g Jod. Man steigt von 0,5 in Intervallen von 2 Tagen um je 0,5 g bis auf täglich 4 g. Puls, Urin und Körpergewicht dürfen dabei nicht unbeobachtet bleiben.

Was die externe Therapie betrifft, so kommt zuerst der Teer in Frage? Entweder wird derselbe als Wachholderteer, Birkenteer, Buchenteer, Fichtenteer, Steinkohlenteer oder in der Form der Tinctura Rusci, Tinctura Lithanthracis Leistikow, Solutio lithanthracis Sack, Liquor simplex anthracis, Liquor carbonis detergens und Liquor compositus anthracis Fischl mit Borstenpinsel aufgepinselt. Oder er wird als Teerbad verabreicht — Einseifung, Abspülung, Einpinseln mit Teer, protrahiertes Bad bis zu 4 Stunden, differente Puderung oder Einfettung am Schlufs. Der Schwefel wird meist auch in der Form des Bades appliziert, indem man entweder pinseln oder baden läfst oder dem Badewasser selber Kalkschwefelleberlösung (Remingr) zusetzt. Die Anwendung der modifizierten Wilkinsonschen Salbe kombiniert die Teer- und Schwefelwirkung. Am eklatantesten wirkt das Chrysarobin. Seine Anwendung ist bekannt. Kromayer empfiehlt als Ersatzmittel das Eurobin und Lenirobin. Beide wirken energischer wie Chrysarobin. Letzteres reizt auch weniger.

Eurobin	1—20,0
Saligallol	5—10,0
Aceton sive	
Chloroform	ad. 100,0.

Jarisch verordnet:

Eurobin	1,0
Oxyd. Zinc.	
Amyl.	ää 10,0
Vasel.	20,0.

Sack empfiehlt:

Eurobin	
Ac. salicyl.	ää 5,0
Desichthol	10,0
Spirit. vin.	
Chloroform	ää 40,0.

Während das Anthrarobin entbehrlich ist, haben wir im Pyrogallol ein Mittel, das zwar langsamer als das Chrysarobin, aber ebenso sicher und reizloser wirkt. Besonders für Psoriasis des Kopfes ist es gut verwendbar. Als gleich stark, aber noch reizloser, empfahl Unna das Pyraloxin (5—10% Salbe). Die übrigen Mittel dürfen als unwirksam oder zu toxisch aufser Betracht bleiben. Der zukünftigen genaueren Beurteilung bleibt die Radiotherapie der Psoriasis überlassen. *Hopf-Dresden.*

Handbuch der Syphilis, von Henri Berdal. (Paris, A. Maloine, 1902.) Ein fast 1000 Seiten starker Band, in dem die Lehre von der Syphilis in allen ihren Einzelheiten ebenso klar und anschaulich wie eingehend dargestellt ist. Entspricht erfreulicherweise die Güte des Werkes seinem Umfange, so müssen dagegen die Abbildungen, insbesondere die farbigen, als recht minderwertig bezeichnet werden. — B. vertritt in strittigen Punkten der Hauptsache nach stets Fourniers Anschauungen, wie er ihn auch des öfteren ausführlich citiert; in der Behandlung geht er noch über das Mafs der von Fournier geforderten chronisch-intermittierenden Behandlung hinaus. Unter den verschiedenen Methoden der Merkurialisation giebt B. den Injektionen von Kalomel und Oleum cinereum den Vorzug, die Gefahren, die diese Methode mit sich bringt, schlägt er sehr niedrig an. Zwischen der Wirkung der beiden genannten Substanzen besteht nach B.s Erfahrungen eine merkliche Differenz: Kalomel hat eine aufserordentlich intensive und rapide, aber ziemlich rasch vorübergehende Wirkung, deshalb sind Rezidive nach Kalomelinjektionen nicht selten. Oleum cinereum wirkt weniger intensiv und rapid, aber viel nachhaltiger, die Injektionen von grauem Öl stellen daher die Präventivbehandlung par excellence dar. B.s Schema der Syphilisbehandlung, die sofort nach Stellung der Diagnose zu beginnen hat, ist folgendes: Im Laufe des ersten Jahres werden 4 sechswöchentliche Injektionskuren gemacht, deren erste aus 2—3 Injektionen von je 0,05—0,08 Kalomel und 3—4 Injektionen von je $^3/_{20}$ Kubikcentimeter 40%igen grauen Öls (enthaltend 0,075 Hg) besteht. Alle weiteren Injektionskuren des ersten, wie der folgenden Jahre bestehen aus je 6 Einspritzungen von Oleum cinereum in der gleichen Dosis. Im zweiten Jahre werden 3 Injektionskuren gemacht, im dritten und vierten Jahre je 2 Injektionskuren und zwischen denselben je eine sechswöchentliche Jodkur, bei der 3 g Jodkalium pro die verabreicht werden. Im fünften und in den folgenden Jahren endlich werden noch je 3 ebenso starke Jodkuren verordnet. *Götz-München.*

Die gichtischen — harnsauren — Ablagerungen im menschlichen Körper (schleichende Gicht), von M. Kittel-Franzensbad. 3. vermehrte Auflage. (Leipzig, Benno Konegen, 1902.) Der Verfasser beschäftigt sich speziell mit „der atonischen, schleichenden, irregulären Gicht, der Gicht aufserhalb der Gelenke", die nach seiner unverständlichen Erklärung überall da vorkommen soll, „wo ein festes Gebilde von Knochen und Gelenken existiert". Kranken mit typischen Gichtanfällen, mit chronischer Gicht der grofsen Zehe kann er nicht helfen, „weil er sich mit der Heilung dieses Leidens nicht befafst". — Grundbedingung für das Auftreten der „Gicht aufserhalb der Gelenke" ist nach K. die Verödung, das vollkommene Abgestorbensein der Gewebe, wie es durch Cirkulationsstörungen, insbesondere nach Erkältung und Durchnässung hervorgerufen wird. In dem verödeten Gewebe tritt die Harnsäure „aus dem flüssigen Aggregatzustande in einen festen über; .... es entwickelt sich ein Prozefs, der auf dem Boden des veränderten Gewebes in eine chemische Verwandtschaft zu demselben tritt (!); aus der cirkulierenden Harnsäure bilden sich harnsaure Kristalle". K. fand Uratablagerungen in der Fufssohle, an der Kniescheibe und im Kniegelenke, am Kreuzbein, am Brustbein, an den Rippen, in der Umgebung der Brustdrüsen, am Schulter-, Ellenbogen- und Handgelenk, an den Fingern, in der Kopfhaut und in den Bauchdecken. „Wenn man lange arztet (!), kann man viel erzählen", und so erzählt K. in populärem Tone die Leidensgeschichten von 29 Kranken mit „schleichender Gicht"; in all diesen Fällen sind von anderen Ärzten falsche Diagnosen gestellt worden, Uratablagerungen in den Bauchdecken von Frauen wurden sogar mehrfach als Oophoritis gedeutet. Die Kranken sind in den verschiedensten Bädern und mi allen möglichen therapeutischen Methoden lange Zeit hindurch vergeblich behandelt

worden, erst K. hat sie von ihren oft aufserordentlich heftigen Schmerzen befreit und die schweren Funktionsstörungen beseitigt. Seine Behandlung besteht der Hauptsache nach darin, die Uratdepots zu sprengen und die gesprengten Massen zu zertrümmern. In Fällen, in denen das nicht möglich ist, genügt es, „die Krystallnadeln durch geschicktes Hantieren zu entfernen und dann die abgebrochenen Enden der Kristallnadeln abzuschleifen, die rauhen Flächen zu glätten und zu polieren". Zur Unterstützung dieser mechanischen Behandlung dienen Franzensbader Eisenmineralmoorbäder, die besten des Kontinents. Den Kranken den Genufs von Wein oder Bier zu untersagen, liegt nach K. keine Veranlassung vor; er hält im Gegenteil mäfsigen Genufs alkoholischer Getränke, insbesondere Pilsener Bieres, für notwendig, „weil er die Kräfte des Körpers hebt". Dafs gröfserer Fleischkonsum die Entstehung der Krankheit „irgendwie beeinflussen oder unterstützen könnte", glaubt er nicht.

Obwohl es im Titel heifst „für Laien und Ärzte dargestellt", scheint das Schriftchen doch seiner ganzen Art nach für Laien berechnet zu sein. Sein Hauptzweck ist wohl, Reklame zu machen, — ob lediglich für Franzensbad, mag dahingestellt bleiben. *Götz-München.*

Behandlung des Harnröhrentrippers und seiner Komplikationen beim Manne, von Maximilian v. Zeissl-Wien. Mit 80 Abbildungen. (*Wiener Klinik.* 1902. Urban & Schwarzenberg, Berlin und Wien.) Bezüglich der Prophylaxe der Blennorrhoe empfiehlt Verfass die Methode Franks (20%ige Protargoleinträufelung), beim grofsen Kapitel der Therapie verwirft v. Z. in erster Linie die Abortivbehandlung und ist Anhänger der sofortigen methodischen, wo immer möglich, direkten mit Unterstützung durch die indirekte Behandlung (innere Mittel). Von all den alten und neuen Injektionsmitteln haben sich Protargol und Albargin am meisten bewährt; besonders mit letzterem hat v. Z. eine Reihe von frischen, ersten Blennorrhoen behandelt und er fand in 20% derselben in dem untersuchten Sekret und in den Filamenten keinen Gonococcus mehr; seit 14 Jahren habe er ein gleich günstiges Resultat mit keiner anderen Injektionsflüssigkeit gehabt. Bei der Irrigationsbehandlung hält Verfasser alle speziellen Apparate für überflüssig, es genügt eine gewöhnliche Wundspritze von 150—250 g Inhalt, auf welche man eine Olive schraubt. Aufser den balsamischen Mitteln empfiehlt v. Z. bei heftigeren Schmerzen am Mittelfleisch u. s. w. den Herniariathee (6—7 Tassen pro Tag). Auch bei der Behandlung des chronischen Trippers bedient sich v. Z. meist nur der einfachen Wundspritze ohne Katheter zur Irrigation der ganzen Harnröhre. Er verwendet warme Lösungen von Kalium permang. (0,03—0,1 : 200,0) oder Arg. nitr. (1 : 5000—1 : 900) und perhorresciert im allgemeinen die Instillation konzentrierter Lapislösungen, nach welchen er oft heftige Cystitis auftreten und trotz der heftigen Reaktion den chronischen Tripper weiter bestehen sah. (Referent findet es in der That sehr auffallend, dafs die Instillationsmethode v. Z. so schlechte Resultate gab; denn bei vorsichtiger Anwendung derselben — beginnend mit 1% und bis auf 5% Lösung steigend — erlebte er in einer grofsen Anzahl von Fällen nur ganz ausnahmsweise solche Reaktionserscheinungen.) Mit der Hydrotherapie — lokale kalte Douchen von 19°—11° R., Halbbäder von 24°—19° R. — hatte v. Z. in manchen verzweifelten Fällen von alter Blennorrhoe noch schöne Erfolge. Die Dehnung mit Dilatatorien und die endoskopische Behandlung übt v. Z. nicht; schliefslich zieht er gegen die therapeutische Vielgeschäftigkeit zu Felde, lange und viel behandelte Tripper heilten oft, wenn die vielgequälte Harnröhrenschleimhaut einmal völlig in Ruhe gelassen werde. Der Eichel- und Vorhautkatarrh, Phimosis und Paraphimosis, die bezügliche Differentialdiagnose und Behandlung (Circumcision oder Spaltung der Vorhaut), Erkrankung der Lymphgefäfse und Lymphknoten (Drüsen), die

Entzündung der Cowperschen Drüsen (die chronische Form derselben hat v. Z. nie selbst beobachtet), die Cavernitis, periurethralen Infiltrate, die Chorda veneria, die Follikulitis urethralis, praeputialis und paraurethralis sind in kurzen Artikeln beschrieben. Dann folgen die krankhaften Veränderungen der Prostata infolge des Harnröhrentrippers. Die akute Prostatitis teilt v. Z. in drei Stadien ein: 1. die katarrhalische Erkrankung der Ausführungsgänge der Prostata, 2. die follikuläre, einen höheren Grad des ersten Stadiums, und 3., die parenchymatöse, welche jedoch auch, ohne dafs die beiden anderen Stadien vorhergehen, selbständig sich entwickeln kann. Aus den beiden ersteren, welche sehr häufig nicht erkannt werden, entwickelt sich in oft schleichender Weise die chronische Prostatitis; v. Z. hält dieselbe für aufserordentlich häufig, behauptet sogar, dafs es ohne Mitbeteiligung der Prostata überhaupt keine länger dauernde Blennorrhoe giebt. Unter den medikamentösen Mitteln vom Rectum aus, die sehr Ersprieſsliches im allgemeinen leisten, rühmt Verfasser besonders das Ichthyol, am besten in Form von Suppositorien (0,2—0,5 Ichthyol pro Stück), sie würden besser vertragen, als die allerdings sehr rasch wirkenden Ichthyolglycerinklysmen. Erkrankung des Caput gallinaginis und der Samenblasen, die Funiculitis, Epididymitis und Orchitis blennorrhoica folgen nun als weitere Komplikationen; nach einer auf grofsem Material beruhenden statistischen Zusammenstellung tritt die Entzündung des Nebenhodens und der Samengefäfse meist erst auf, wenn der Tripper 16—21 Tage besteht, dann kommt in der Häufigkeit die erste Woche der Trippererkrankung. Eine Anzahl von Suspensorien sind abgebildet und deren bezügliche Vor- und Nachteile angeführt. In zwei kurzen Kapiteln sind weiterhin die durch den Harnröhrentripper bedingten Erkrankungen der Harnblase und der Nieren beschrieben; letztere werden häufig übersehen oder nicht genügend behandelt, wiewohl ihre Prognose eine im allgemeinen günstige ist. Der Mastdarmtripper ist eine seltene Komplikation, die entweder durch eine infolge widernatürlicher Befriedigung des Geschlechtstriebes bewerkstelligte Ansteckung oder durch verunreinigte Stuhlzäpfchen und ähnliches zu stande kommen soll, ebenso selten sind Tripper der Mund- und Rachenhöhle — v. Z. erlebte keinen einzigen solchen Fall. Das Kapitel: Die Trippererkrankungen des Auges ist dem Lehrbuch der Augenheilkunde von E. Fuchs, 1900, entnommen. Von den Trippermetastasen kommt an erster Stelle der Tripperrheumatismus, der in Symptomen und Verlauf, Prognose und Therapie beschrieben ist. Die Trippererkrankungen des übrigen motorischen Apparates (Schleimbeutel, Sehnen, Knochen u. s. w.), der Nerven und Nervencentren, die Komplikationen seitens des Respirations- und Cirkulationsapparates (Endocarditis, Phlebitis blennorrhoica), sowie der Septikämie ähnliche Prozesse, welche v. Z. im Verlaufe von 23 Jahren 3 mal beobachtete, bilden die letzten Abschnitte des Buches, welches, wie aus den gedrängten Angaben ersichtlich, seiner Aufgabe, ein klares Bild über den Tripper beim Manne und all seinen zahlreichen Komplikationen zu geben, vollständig gerecht wird. *Stern-München.*

Dermatologische Heilmittel (Pharmacopoea dermatologica). Jessners *Dermatologische Vorträge für Praktiker*, Heft 8. (A. Stubers Verlag, Würzburg, 1902.) Wiederum ist aus der gewandten Feder Jessners ein Werkchen erschienen, welches durch seinen inneren Wert, gleichwie die vorhergehenden Hefte, dem Praktiker hochwillkommen ist und demselben als ein prächtiges Büchlein zum Nachschlagen aller wertvolleren älteren und neueren Mittel der Dermatologie dienen kann. Dieses Mal behandelt J. die Pharmacopoea dermatologica, die er sachgemäfs in praktischer Weise einteilt, indem er jedes nach seinem Wert, dem meistens eigene Erfahrungen zu

Grunde liegen, beurteilt, ihre Wirkungsweise und die Indikation präzise angiebt, so dafs jeder Arzt sich leicht darüber orientieren kann. Den Reinigungs- und Entfettungsmitteln (Benzin, Äther, Spiritus, Chloroform, Terpentinöl, Borax, Pottasche, Soda) schliefst er die Einfettungs- und Schutzmittel an, welche er wiederum in 1. tierische Fette (Adeps suillus, Lanolin, Adeps lanae, Oesypus, Leberthran, Cera, Cetaceum), 2. pflanzliche Fette (Ol. olivarum, Ol. lini, Ricini, Raparum, Butyr. Cacao), 3. fettähnliche Stoffe (Vaselin, Paraffin), 4. Glycerin, 5. zusammengesetzte Fette (Resorbin, Ung. leniens, emolliens u. s. w.) zerlegt. Dann folgen die Anaesthetica (Äthylchlorid, Kokain, Eukain, Aneson, Orthoform, Menthol, Karbol, Kampher, Citronensaft und vor allem Tumenol), dem J. einen grofsen Wert beimifst.

Von den Antihidrorrhoicis schildert er Formalin, Chromsäure, Salzsäure, Liq. ferri sesquichl., Trichloressigsäure, Acid. tartar., Borsäure, Tannin, Cort. Quercus, Tannoform und die verschiedenen Puder (Zinkoxyd), Amylum, Talcum, Magnesia carbon. Bolus, Terra silicea, Marmorpulver). Gegen die Seborrhoe dienen vor allem Schwefelpräparate aller Art, denen er das Resorcin, Ichthyol, Thiol, denen er allen längere Betrachtungen widmet, und Chloralhydrat, das wenig bedeutende Captol, Natriumbikarbonat, sowie Hydrargyr. praecipat album und oxydatum flavum anschliefst. Als Epidermoplastica fungieren essigsaure Thonerde, Bleiessig, Bismutum subnitricum, Dermatol, Xeroferm, Lenigallol, Naftalan, Sapolan, als Antipsoriatica vor allem Chrysarobin, Pyrogallus, Pyraloxin, Anthrarobin, Eugallol, Eurobin und die Teerpräparate, deren jedes in richtiger Weise gewürdigt wird. Den Keratolyticis (Seife, Salicyl) folgen die Corioplastica (Jodoform, Jodoformogen, Jodol, Europhen, das teure Aristol, Sozojodol, Eigon, Airol, Nosophen, Thioform, Ichthoform, Sanoform, Glutol, Crurin). Die Antiparasitaria haben zwei Wirkungskreise, entweder sie töten die Lebewesen ab, oder sie wirken auf den Nährboden; die Hauptvertreter dieser Gruppe sind Sublimat, Kreolin, Lysol, Pyoctanin, Argentum, Kalium perm., auch Tuberculin, Kantharidin, β-Naphtol, Epikarin, Styrax, Perubalsam, Peruol, Nikotianaseife, Eudermol und Petroleum finden an dieser Stelle ihre Würdigung. Dann folgen die Zerstörungsmittel: Höllenstein, Arsenik, Essigsäure, Milchsäure, Zimmtsäure, Chlorzink, Kreosot, Kalium causticum, die Pigmentzerstörungsmittel (Hydrogenium peroxyd.) und schliefslich die Resorbentia: Quecksilber, Jod, Thyosinamin. Möge jeder Praktiker dies kleine Werk stets zur Hand haben, er findet guten Rat darin. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Das sexuelle Leben der Naturvölker, von Josef Müller. (Leipzig, Th. Griebens Verlag [L. Fernau], 1902.) Das geschlechtliche Leben der Völker bildet als die Grundlage der gesellschaftlichen Entwickelung einen Spiegel des allgemeinen Kulturlebens. Auf dem sexuellen Verkehr beruht die Zukunft der Menschheit. Auf ihre Gestaltung sind wiederum die Formen der Ausübung des geschlechtlichen Verkehrs von gröfstem Einflufs. Beherrschung desselben oder das Gegenteil, Beschränkung auf die Ehe oder zügelloser Verkehr wirken auf Moral, Gesellschaftsleben, Staat und Religion ausschlaggebend ein. Als Schatten des Geschlechtslebens entwickelt sich die Scham. In der Variierung oder jeweiligen Präponderanz dieser zwei Faktoren beruhen die sexuell-moralischen Eigentümlichkeiten der Völker. Man hat neuerdings, und wohl mit Unrecht, behauptet, im Anfang habe ein wilder, zügelloser Geschlechtsverkehr bei den Naturvölkern bestanden, aus dem sich erst später die Einzelehe entwickelt habe. So habe Menes dieselbe bei den Ägyptern, Fohi in China, Kekrops dieselbe in Attika eingeführt. Gestützt wird diese Theorie dadurch, dafs bei vielen Naturvölkern die Mutter allein ein dauerndes Anrecht auf die Kinder hat. Herodot berichtet dies z. B. von den Lykiern. In das Gebiet der als Folge dieses Mutterrechts entstandenen Zustände gehört die Gynäkokratie und die Überfülle weiblicher Gott-

heiten. Diese Promiscuitätstheorie ist falsch. Jedenfalls ist auch bei den niedersten Völkern ein unbeschränktes Hingeben an die im Menschen schlummernden tierischen Leidenschaften niemals von den Guten gebilligt worden, was Westermarck von den Feuerländern auch bestätigt. Vielfach sind auch die Zustände, welche zu den Urteilen der Promiscuitätstheoretiker geführt haben, keine ursprünglichen mehr, sondern Ausartungen, die in der Berührung mit europäischen Ansiedlern und anderen Weifsen ihre Erklärung finden. Die Matrosen des Seefahrers Cook vermochten auf den melanesischen Inseln (Neu-Hebriden) keinen sexuellen Verkehr mit eingeborenen Frauen zu erzielen. Stephens erklärt von den Insulanern und Insulanerinnen des indischen Archipels: „Ich sage es ohne Scheu, dafs sie fast all' ihre Laster der Immoralität und der Trunksucht der weifsen Männern verdanken". Vielfach opfern auch die Naturvölker im Verkehr mit Europäern manche Zurückhaltung und Vorschrift ihrer ursprünglichen Sitten. Die Unkeuschheit findet oft im Gegensatz zur Norm Entschuldigung und Duldung, wenn sie mit Weifsen ausgeübt wird. Auch in den anderen Punkten, deren Widerlegung hier zu weit führen dürfte, ist den Anhängern der Promiscuitätstheorie mancher Irrtum untergelaufen. *Hopf-Dresden.*

Das sexuelle Leben der alten Kulturvölker, von Josef Müller. (Leipzig, Th. Griebens Verlag [L. Fernau], 1902.) Die vorliegende Arbeit repräsentiert eine auf gründlichem Quellenstudium beruhende Zusammenfassung der Verhältnisse des sexuell-ethischen Lebens der grofsen Kulturvölker, der Ägypter, Chaldäer, Inder, Perser und Chinesen einerseits, der Römer und Griechen andererseits, der Juden dritterseits. — Werfen wir einen Blick auf die Hebräer. Die Erschaffung der Eva aus der Rippe Adams deutet von vornherein auf die Auffassung von der Überlegenheit des Mannes. Gleichwohl bestand unter dem jüdischen Volke eine sonst den Orientalen unbekannte Hochschätzung des Weibes. — Du sollst Vater und Mutter verlassen u. s. w. ist ein Beweis dafür. Darum findet man unter diesem Volke auch nur die Monogamie. Wurde doch schon der Sittenverderbnis und Vielweiberei wegen nach der Heiligen Schrift die Sintflut der entarteten Generation von Gott geschickt. Wie hoch die Frau stand, geht auch aus dem Beispiele Jacobs hervor, der sieben Jahre dient, um seine Geliebte zur Gattin zu erlangen. Wichtige sexuelle Gebote und Winke bringt die spätere mosaische Gesetzgebung — Verbot der Heirat unter nahen Verwandten, des Ehebruchs, der Sodomiterei, Bestialität und der Beiwohnung während der Menstruation bei Todesstrafe. Auch der geschlechtliche Verkehr mit einem verlobten Mädchen galt schon als ganzer Ehebruch. Einfacher Beischlaf mit einer Jungfrau hatte den Zwang des Eheschlusses im Gefolge. War eine Braut nicht mehr jungfräulich, verfiel sie dem Tode. Die Priester standen unter besonders strengen Vorschriften. Die Abstinenz während der Menses bedeutete eine Einschränkung der übermäfsigen Befriedigung sexueller Begierden. Die Wöchnerin mufste sich ebenfalls des Verkehrs enthalten, erstens 7 Tage bis zur Beschneidung und hierauf noch 33 Tage, also 41 Tage nach der Geburt eines Knaben, 14 und 66 Tage, also im ganzen 80 Tage nach der eines Mädchens. *Hopf-Dresden.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. *Penis, Urethra, Blase.*

Die Tuberkulose der Blase, von K. Ritter v. Hofmann-Wien. (*Centralbl. f. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir.* 1901. Bd. IV, No. 18.) Die Tuberkulose der Blase kommt hauptsächlich im Alter von 15—30 Jahren vor und befällt Männer öfters als Frauen, wobei die Vererbung und die Disposition eine Rolle spielen. Sie ist bei Erwachsenen selten, bei Kindern öfters primär, häufig besteht daneben Tuberkulose der Nieren und des Sexualapparates. Die Infektion kann erfolgen durch Einschleppung durch den Urin von der erkrankten Niere aus, durch Übergreifen vom Ureter oder anderen benachbarten Organen, Einbringung von Tuberkelbacillen durch Instrumente, Infektion auf dem Blutwege oder dem Wege der Lymphbahnen. In der Regel hat man es mit Ulcerationen oder seltener Tuberkelknötchen in der Nähe der Uretermündungen und des Orificium internum urethrae zu thun. Als Symptome werden beim Erwachsenen vermehrte Harnfrequenz, Schmerzen, besonders am Ende des Urinierens, Pyurie und Hämaturie, beim Kinde besonders Incontinentia urinae aufgeführt. Für die Diagnose ist der Nachweis von Tuberkelbacillen im Urin wichtig. Zur Züchtung der Bacillen aus dem Urin eignet sich u. a. das Hesssche Verfahren, instrumentelle Untersuchungen sind zu unterlassen. Therapeutisch empfiehlt sich roborierende Allgemeinbehandlung, ferner innerlich Kreosot, Leberthran, Ichthyol, Nukleïn, lokal Instillation von Sublimatlösungen 0,1 : 500—0,1 : 100, aber kein Argentum nitricum. Blasenspülungen sind zu unterlassen. Bei Frauen haben auch Curettements per urethram günstige Erfolge erzielt, während über den Wert der eigentlichen operativen Therapie die Ansichten geteilt sind. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über die frühzeitige Diagnose der Blasentuberkulose, von P. Asch-Strafsburg i. E. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1901. No. 46.) Der geringen Zahl der in der Litteratur verzeichneten frühzeitig diagnostizierten Fälle fügt A. zwei aus seiner Praxis hinzu, welche er mittelst des Cystoskops besonders feststellte. Er spricht für frühzeitig vorzunehmende Cystoskopie, wenn man selbst bei sorgfältiger bakteriologischer Untersuchung im Urin keine Tuberkelbacillen findet; bei vorgeschrittenen Erkrankungen ist selbstverständlich das Cystoskop kontraindiziert. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Tuberkulöse Ureteritis und Cystitis; Epyistotomie, Heilung, von Trombetta. (*Rif. med.* 1901. No. 30.) Bei einer 70jährigen Patientin bestanden seit einem Jahre beträchtliche Harnbeschwerden mit äufserst lästigem Harndrang und heftigen Schmerzen in der ganzen Blase. Es wurde die hohe Incision der Blase vorgeschlagen und ausgeführt, wobei konstatiert wurde, dafs es sich um eine Tuberkulose der Blasenschleimhaut und der Ureteren handelte. Diese bloße Incision hatte zur Folge, dafs die Blasenbeschwerden nach kurzer Zeit vollständig aufhörten und nach 1½ Jahren nicht wieder erschienen waren; gleichzeitig heilte die spezifische Entzündung der Ureteren, während in der Blase selbst nur die funktionellen, nicht aber die anatomischen Störungen beseitigt wurden. Verfasser vergleicht den Hergang bei diesem operativen Erfolge mit demjenigen bei der Laparotomie in Fällen von Tuberkulose des Peritoneums. *C. Müller-Genf.*

Über Lithotripsie, von Goldberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1901. No. 52.) Der Verfasser konstatierte bei einem 83jährigen, sonst gesunden Manne mittelst Sondierung und Cystoskopie in der Blase links vorne oben, oberhalb des gewulsteten Orificium urethrovesicale einen grofsen Stein. Nach Füllung der Blase mit 75 ccm 10%iger Antipyrinlösung und Injektion von 10 ccm einer 2%igen Cocainlösung in die Urethra wurde die Lithotripsie vorgenommen, doch gelang es nicht, den 3—4 cm grofsen, abnorm gelegenen Stein in einer Sitzung ganz zu beseitigen; es war eine zweite Sitzung nötig, die ebenfalls ohne allgemeine Narkose vorgenommen wurde. Acht Tage später konnte der Mann geheilt entlassen werden.

Im Anschlufs an die Mitteilung dieses Falles bespricht Goldberg die Ausführung der Lithotripsie, ihre Prognose, insbesondere gegenüber der Prognose der Lithotomie, ihre Indikationen und Gegenindikationen. Neues wird hierbei nicht vorgebracht.

Göts-München.

Über die Grenzen der Lithotripsie, von Bakô. (*Gyógyászat.* 1901. No. 39.) Solange die Ansicht verbreitet war, dafs sich die Dauer der Lithotripsie nur auf 3—5 Minuten erstrecken darf, weil sich dann eine Blasenentzündung entwickelt, wurden der Lithotripsie nur die kleinen Steine unterworfen. Nur einzelne in deren Technik besonders hervorragende Operateure bildeten darin eine Ausnahme, wie z. B. Civiale, Thompson, Dittel, Guyon, Ivanchich und Kovács, besonders der letztere, der bereits in den siebziger Jahren die Lithotripsie als regelmäfsiges Verfahren und den Steinschnitt als Ausnahme einführte. Seit der Einführung der Bigelowschen Methode sind deren Grenzen noch weiter hinauszuschieben. Verfasser veröffentlicht nun drei Fälle, bei denen die Steine eine ziemliche Gröfse und Härte hatten und dennoch die Lithotripsie ausgeführt wurde, und plädiert dafür, dafs selbst bei grofsen Steinen, wenn möglich, die Lithotripsie gemacht werden soll, welche bei der heutigen Anti- und Asepsis leichter durchführbar ist. Was nun die Bedenken anbelangt, dafs nach der Lithotripsie Trümmer zurückbleiben und dadurch Rezidive herbeigeführt werden könnten, kann durch pünktliche Untersuchung und mit der Cystoskopie vermieden werden; Steinrezidive kommen bei zur Steinbildung neigenden Individuen ebenso nach Steinschnitt als nach der Lithotripsie vor. Dagegen ist die längere Zeit hindurch geführte Behandlung der Blase ein sicheres Präventiv.

A. Alpár-Alexandria.

Die Harnsteine der Blase und ihre operative Entfernung, von Miclescu-Constantinopel. (*Ther. Monatsh.* Januar 1902.) Verfasser bedient sich zur Entfernung von Blasensteinen ausschliefslich des medianen Perinealschnittes; sofort nach Ausräumung der Steine verschliefst er die äufsere Wunde mit einigen Nähten. Die Nachbehandlung ist sehr einfach, ca. drei Tage lang Einführung eines Nélatonkatheters durch das Orificium; nach sieben Tagen konnten die Patienten gewöhnlich schon das Bett verlassen. Von 128 so operierten Fällen endeten nur 4 tötlich, und in 2 von diesen Fällen konnte der Exitus letalis nicht der Methode zur Last fallen. Dies trotz der oft nicht unter günstigen Verhältnissen ausgeführten Operationen sehr gute Ergebnis führt Verfasser auf die ausgebildete Operationstechnik und die einfache Nachbehandlung zurück. Die Bigelowsche Litholapaxie und die Sectio alta ergiebt nach den Statistiken der Autoren keine so günstigen Resultate; Verfasser glaubt daher, den alten Medianschnitt, der in letzter Zeit mehr und mehr verlassen worden ist, warm empfehlen zu können.

A. Loewald-Graudenz.

Über Blasensteinoperationen, von Otto Zuckerkandl. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1901. No. 48.) Der hohe Blasenschnitt galt vor 15 Jahren als das Idealverfahren für Steinoperationen. Er ist aber wieder etwas von der Lithotripsie in den Hintergrund

gedrängt, seitdem diese auch auf perinealem Wege ausgeführt wird. Verfasser berichtet über 150 Operationen an 134 Kranken. Es kamen zur Ausführung: 109 mal Lithotripsie, einmal perineale Lithotripsie, 37 mal Sectio alta, einmal vaginaler Steinschnitt, zweimal Entfernung kleiner Steine mittelst Evakuators. — Die sich dem Verfasser aus seinen Erfahrungen ergebenden Indikationen sind folgende: Die Lithotripsie ist indiziert bei frei beweglichem, gut zugänglichem Stein bei gut passierbarer Harnröhre. Wo starre Instrumente schwer oder gar nicht einführbar sind (bei Prostatahypertrophie, Urethralstrikturen, Callus- und Fistelbildung, gleichästigem Urethralstein), macht man perineale Lithotripsie. Diese kommt auch in Frage, wenn bei gewöhnlicher Lithotripsie die Harnröhre durch Steineinklemmung oder Prostataanschwellung unwegsam geworden ist, oder bei starker Kontraktur des Penis in der Hüfte. — Die Sectio alta ist indiziert bei sehr grofsem, schlecht fafsbarem Stein, bei Steinen im Divertikel, im tiefen Fundus hinter der emporragenden Prostata, bei eingekapselten Steinen, bei Ureterblasensteinen, wandständigen oder angewachsenen Steinen, bei Steinen um Fremdkörper, bei Steinen, die mit Neoplasmen kombiniert sind, und endlich, wo nach der Operation die Anlegung einer Blasen-Bauchdeckenfistel geplant ist.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein (15,54 g schwerer) Blasenstein bei einem zweijährigen Knaben; Operation, Heilung, von P. J. Scannell-Selby. (*Brit. med. Journ.* 4. Jan. 1902.) Die Symptome, welche Verdacht erregten, waren ein für das Alter des Kindes auffallend grofser Penis, Empfindlichkeit des Abdomens auf Berührung und bei jedem Schütteln und gelegentliche schmerzhafte Krampfanfälle, denen alsbald völlige Schmerzfreiheit folgte; ferner fiel auf, dafs das Kind beim Schlafen stets die Bauchlage einnahm und beim Stuhlgang und Urinieren die Knieellenbogenlage. Sonstige Urinbeschwerden, Unterbrechung des Urinstroms oder Blutbeimischung zum Urin waren nicht konstatiert worden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Blasenstein, Incisio hypogastrica, Heilung, von Vasiliu. (*Revista de Chir.* 1901. No. 9.) Es handelt sich um einen 70jährigen Patienten, der von seinem zwölften Jahre an an Blasenbeschwerden gelitten hatte. Es wurde ein 28 g schwerer Stein entfernt, der im Verlaufe der Zeit eine heftige Cystitis verursacht hatte. Der Fall bietet nichts Besonderes.

C. Müller-Genf.

Klinische Beobachtungen über Blasen- und Blasen-Urethralsteine, von K. d'Urso. (*Il Policlinico.* 1901. No. 12.) Verfasser beschreibt fünf Fälle von Blasensteinen, die er alle operativ behandelt hat. In dem einen dieser fünf Fälle, wo der Stein eine Sanduhrform zeigte und mit einem Teile in die Blase, mit dem anderen in die Urethra hineinragte. Es wurde die Epicystotomie ausgeführt, wobei es sich herausstellte, dafs der urethrale Abschnitt nicht entfernt werden konnte und in derselben Sitzung die perineale Urethrotomie gemacht werden mufste.

C. Müller-Genf.

Blasenstein bei einer 75jährigen Frau, Operation, Heilung, von C. Ballard-Oxford. (*Brit. med. Journ.* 9. Nov. 1901.) Enthält nichts Neues.

Philippi-Bad Salzschlirf.

b. *Hoden und Samenbläschen.*

Die Anatomie, Physiologie und Pathologie bei unvollständigem Descensus des Hodens (Hunterian Lecture), von W. McAdam Eccles-London. (*Lancet.* 1. und 15. März 1902, und *Brit. med. Journ.* 1. u. 8. März 1902.) Zunächst bespricht E. die verschiedenen anatomischen Verhältnisse, welche zu dieser Abnormität führen können,

und nennt als solche ein zu langes Mesorchium, Verwachsungen desselben mit den angrenzenden Teilen des Peritoneums, abnormes Fortbestehen der Plica vascularis, ferner Verkürzung der Vasa spermatica, des Vas deferens oder Überwiegen der Epididymis, Synorchismus und gewisse Formen des Hermaphroditismus; ferner können pathologische Verhältnisse am Gubernaculum, am Cremaster und am Inguinalkanal selber in Betracht kommen. Histologisch findet man an solchen Hoden gewöhnlich eine mangelhafte Entwickelung der Tubuli, Vermehrung der interstitiellen Gewebszellen zwischen diesen, und in der Regel ein Fehlen sowohl der Spermatoblasten wie der Spermatozoen. In physiologischer Hinsicht sieht man bekanntlich je nach dem Grade der Abnormität der Hodenverhältnisse mehr oder weniger ausgesprochene Störungen in der Entwickelung männlicher Körpereigenschaften überhaupt, sowie namentlich der Zeugungsfähigkeit, und in Übereinstimmung hiermit eine Verkleinerung der Prostata, der Cowperschen Drüsen, des Samenbläschens und des Penis an der betreffenden Seite, wie Verfasser des weiteren darlegt.

Die pathologischen Erscheinungen umfassen vor allem Entzündungsvorgänge verschiedener Art: als solche sind zu nennen die traumatischen, die auf Übertragung von der Urethra her beruhenden, die bei gewissen Parotitiden entstehenden sekundären Entzündungen, ferner die durch den Tuberkelbacillus und durch das syphilitische Virus bedingten chronischen Entzündungsprozesse. Von besonderer Bedeutung in jeder Hinsicht ist die relativ oft zu beobachtende Torsion des Samenstrangs, deren Details hier aber nicht gut wiedergegeben werden können. Ferner bespricht E. eingehend die Cysten des nicht descendierten Hodens (1. die auf der Epididymis entstehenden, 2. die Cysten des eigentlichen Hodens, 3. die durch fötale Überreste bedingten Cysten, 4. Dermoidcysten, Teratomata), sowie die malignen Neubildungen (Carcinome) und die Komplikationen mit Hydrocele und Hernia. Im allgemeinen bietet der Vortrag eine übersichtliche, wenn auch gedrängte Darstellung der betreffenden Verhältnisse.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Dermoidcyste des Hodens, von C. C. Morris-St. Louis. (*St. Louis med. Rev.* 9. Nov. 1901.) Patient war ein 12jähriger Knabe, bei dem schon am zweiten Tage nach der Geburt eine Vergrößerung des rechten Testikels konstatiert worden war. An dem gänseeigroßen, freibeweglichen Tumor war an der einen Stelle eine knochenharte Resistenz zu bemerken, wodurch M. auf die richtige Diagnose geleitet wurde. Es fanden sich an der Geschwulst nach der Operation Haare und zwei Zähne nebst einer Menge Sebum. Heilung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über das Vorhandensein einer pathogenen Substanz im Urin von Menschen, die an infektiöser Orchitis erkrankt sind, von A. Dorland. (*Lyon méd.* 1902. No. 10.) Im Jahre 1892 hat d'Arlach in einer These Mitteilung gemacht über einen dem Gonococcus ähnlichen Mikroorganismus, der sich im blennorrhoischen Eiter findet und als Erreger der Orchitis zu betrachten ist. Außerdem haben Hugounenq und Erard Untersuchungen über die aus Kulturen dieses Orchiococcus gewonnene wirksame Substanz veröffentlicht; in den Hoden eines Hundes injiziert, erzeugte diese Substanz eine eitrige Orchitis mit nachfolgender Sklerose des Hodens. Vor kurzer Zeit konstatierten dann die beiden letztgenannten Forscher, daß der Urin von Kranken mit infektiöser Orchitis die Ebene des polarisierten Lichtes nach links dreht; sie bezogen dieses Faktum auf das Vorhandensein eines noch unbekannten Stoffes in diesem Urin. Dem Verfasser nun ist es gelungen, aus dem Harn einiger Patienten, die entweder eine blennorrhoische Orchitis oder eine Orchitis infolge von Parotitis epidemica hatten, eine physikalisch und chemisch wohl charakterisierte, albuminoide Substanz zu extrahieren; dieselbe erwies sich als ausgesprochen pathogen.

Kleine Mengen einer wässerigen Lösung der Substanz in den Hoden eines Hundes injiziert, erzeugten stets eine heftige, mit Fieber einhergehende und zur Vereiterung führende Entzündung des Hodens und seines Nebenhodens. Die Substanz behielt ihre krankmachende Wirkung, auch wenn die Lösung eine halbe Stunde lang gekocht wurde. Höchst wahrscheinlich ist dieses Toxin identisch mit der wirksamen Substanz, die Hugounenq und Erard aus Kulturen des Orchiococcus extrahiert haben.

Götz-München.

Ein Fall von Sterilität beim Manne infolge toter Spermatozoen; Heilung durch galvanische Elektrizität, von Gustav Blech-Chicago. (*Philad. med. Journ.* 7. Dez. 1901.) Während allgemein die Ansicht vorherrscht, dafs die Sterilität bei Vorhandensein toter Spermatozoen kurz nach der Ejakulation ein irreparabler Zustand (impotentia generandi) ist, wurde in dem vorliegenden Falle vollständige Heilung erzielt. Bei demselben handelte es sich um einen 32jährigen verheirateten Manne (aus Russisch-Polen), dessen Frau bei der Untersuchung sich als gesund erwies, aber in ihrer 11jährigen Ehe noch keine Kinder hatte; die Untersuchung des Mannes ergab obige Samenbeschaffenheit. Die Behandlung desselben bestand in Applikation des negativen, galvanischen Stromes an der Pars prostatica der Urethra, 5—12 M. A., jede Sitzung 5—8 Minuten während; der indifferente Pol wurde am Rücken aufgelegt. Nach 12 Sitzungen (wöchentlich 2) wurde konstatiert, dafs der Samen tausende von lebenden Spermatozoen enthielt; die spätere Untersuchung der Frau liefs mit Sicherheit auf Schwangerschaft schliefsen (oder nur Wahrscheinlichkeit? Ref.). Bezüglich der Ursache der vorher viele Jahre bestandenen Nekrospermie konnte B. bei dem Manne nichts Sicheres ermitteln; vor Jahren scheint eine Blennorrhoe bestanden zu haben, Urethra und die übrigen Geschlechtsteile erwiesen sich als normal, die cystoskopische Untersuchung wurde jedoch nicht gemacht. *Stern-München.*

Über die Infektiosität alter epididymitischer Reste sprach Loewenheim-Liegnitz in der Sitzung vom 28. Nov. 1901 der Med. Sektion der Schles. Gesellsch. f. vaterländ. Kultur (*Allg. med. Centralztg.* 1902. No. 1). L. beobachtete einen Fall, bei dem vor sechs Jahren eine durch Prostatitis und Epididymitis komplizierte Blennorrhoe bis auf einen leicht schmerzhaften Knoten des linken Nebenhodens ausgeheilt war; vor drei Jahren erfolgte wahrscheinlich Neuansteckung, die ebenfalls von Prostatitis begleitet war und ebenfalls ausgeheilt zu sein schien; 3/4 Jahr später trat infolge heftiger Erschütterung des Körpers Schmerz am Hoden, tags darauf frische Epididymitis und eine frische Urethritis anterior blennorrhoica auf; die damals intakte Prostata schwoll im Verlaufe einer Woche mäfsig auf der erkrankten Seite an. Nach Ablauf des Prozesses machte der Nebenhoden noch häufig rheumatische Beschwerden und nach anstrengenden Ritten kam es nochmals zu einer Anschwellung. Änliche Fälle hatte L. noch sechs zu beobachten Gelegenheit. Die ganz eigentümliche, subakut entstehende, leicht heilbare Prostatitis, die nie den Nachweis von Gonokokken gestattete, zugleich mit dem Zusammenfallen einer Urethritis blennorrhoica anterior mit der erneuten Anschwellung eines früher erkrankten Nebenhodens erscheint L. so auffallend und so abweichend von einer Neuinfektion dieses Organs zu sein, dafs er glaubt, man könne die Rezidive als vom Nebenhoden selbst ausgehend betrachten. Bei der Frage des Ehekonsenses werden solche Reste von Epididymitiden fortan nicht aufser acht zu lassen sein. — Auf eine Anfrage Neissers, wie L. sich den Transport der Gonokokken aus der Epididymis zurück in die Urethra denke, erwidert L., dafs nur der Coitus resp. Onanie einen solchen Transport ermögliche, eine Erklärung, der Neisser vollkommen beipflichtet. *A. Loewald-Graudenz.*

Die Varicocele, von Bastin-Williams. (*La Policlinique.* 1902. No. 1.) Kurze Abhandlung über die Ätiologie, Symptomatik und Behandlung der Varicocele. Bezüglich der Entscheidung der Frage, warum die Varicocele viel häufiger links vorkommt, sind die vor kurzem von Dalla Vedova ausgeführten anatomischen Untersuchungen von Wichtigkeit; dieselben haben ergeben, daſs die linksseitige Vena spermatica interna viel häufiger ausreichender Klappen entbehrt als die rechtsseitige, und daſs sie insbesondere bei linksseitiger Varicocele gewöhlich ohne Klappen gefunden wird. Was die Therapie betrifft, so ist die vielfach ausgeführte Resektion der Venen nicht ungefährlich, weil sich die Verletzung der Arteria spermatica nicht immer mit Sicherheit vermeiden läſst. Der Verfasser selbst hat überdies in zwei Fällen nach und wohl infolge der Resektion der Venen Hydrocele entstehen sehen. Er führt daher nur mehr die breite Resektion des Scrotums aus, ein technisch einfaches Verfahren, das ihm und vielen anderen Chirurgen vorzügliche Erfolge gegeben hat. Wo wegen gewisser Komplikationen, insbesondere wegen Verdickung, Verhärtung und Infiltration der Venenwände die Resektion der Vene notwendig erscheint, kann dieselbe gleichzeitig mit der Resektion des Scrotums ausgeführt werden, und zwar am besten nach der Methode Naraths. Das Charakteristische dieses Verfahrens besteht darin, daſs die Vena spermatica im Leistenkanal reseziert und dann dieser nach der von Bassini für die Radikaloperation der Leistenhernie angegebenen Methode möglichst exakt verschlossen wird. Bei diesem Verfahren läſst sich die Verletzung der Arteria spermatica mit Sicherheit vermeiden. *Götz-München.*

Zur Kasuistik der Hydrocele bilocularis (Hydrocele en bissac der Franzosen), von Johann Fuchs. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1902. No. 6.) Verfasser berichtet über einen leicht zu diagnostizierenden Fall von Hydrocele bilocularis; eine leichte Einschnürung in der Gegend des Ligamentum Poupartii kennzeichnete die Grenze zwischen dem skrotalen und abdominalen Tumor; beide Teile kommunizierten mit einander. Totalexstirpation des Sackes von einem Schnitt über dem Scrotum aus; Silberdrahtverschluſs des Leistenkanals; Naht der übrigen Schichten; Heilung.
Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Kryoskopie der Hydroceleflüssigkeit, von Marchetti. (*Rivista critica di Clin. med.* 1901. No. 48.) Verfasser hat als kryoskopischen Index der serösen Flüssigkeit bei der Hydrocele vulgaris ein Minimum von — 0,57° und ein Maximum von — 0,80° gefunden, woraus hervorgeht, daſs der Gefrierpunkt dieser Flüssigkeit, verglichen mit demjenigen des Blutes (— 0,56°) ein niedriger ist. Ein diagnostischer Wert kommt der Kryoskopie der serösen Flüssigkeiten überhaupt nicht zu. Eine beträchtliche Abweichung des Gefrierpunktes der serösen Ergüsse von demjenigen des Blutes läſst bloſs mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit auf die entzündliche Natur dieser Ergüsse schlieſsen. *C. Müller-Genf.*

Noch ein Fall von Rezidiv nach der Winkelmannschen Radikaloperation der Hydrocele, von Gückel. (*Centralbl. f. Chir.* 1902. No. 6.) Auch Verfasser sah einen Fall von Rezidiv nach der Winkelmannschen Operation. Der fünfjährige Knabe war operiert, die umgestülpte Tunica durch drei Suturen hinter dem Hoden fixiert. Trotzdem kam er nach zwei Monaten mit einem Rezidiv, das wieder nach Winkelmann operiert wurde; das Rezidiv saſs zwischen den beiden Tunicae. Über den definitiven Ausgang weiſs Verfasser nichts. *F. Hahn-Bremen.*

Die Behandlung der Hydrocele, von J. Fort. (*Annal. policl. centr.* 1901. No. 9.) Vier Patienten mit Hydrocele wurden vom Verfasser erfolgreich nach Monod

operiert. Die Methode besteht darin, dafs man nach Ablassen der Hälfte der Hydrocelenflüssigkeit 3—5 g 90%igen Alkohol injiziert. Hierdurch wird die Dichtigkeit der Flüssigkeit verändert und die Absorptionsfähigkeit des Endothels wieder gehoben. So verschwinden die Ergüsse binnen vier Tagen nach der Operation, ohne dafs die Kranken über Schmerzen zu klagen hätten. *Hopf-Dresden.*

Die Hydrocele und ihre Behandlung, von J. A. Fort. (*Indépend. méd.* 1901. No. 36.) Während man Ascites ohne Veränderungen der peritonealen Eingeweide nur sehr selten antrifft, so ist eine essentielle Ausscheidung von Serum in die Tunica vaginalis, diese Tochter des Bauchfelles etwas aufserordentlich Häufiges. Es brauchen dabei, wie gesagt, gar keine irgendwelchen Erkrankungen des Hodens bestehen. Was die Therapie anbelangt, so empfiehlt Fort statt aller komplizierten Operationen die Injektion einiger Gramm 96%igen Alkohols in den halb entleerten Hydrocelesack. Hierauf wird die Tunica wieder resorptionsfähig und die Absonderung wird aufgesaugt und schwindet dauernd. *Hopf-Dresden.*

Über die extraseröse Versetzung des Hodens und ihre Anwendung bei der Hydrocele und Varicocele, von Longuet. (*Le Progrès méd.* 1901. No. 38.) Verfasser beschreibt sein Verfahren in allen Einzelheiten. Der Hoden wird dabei aus seiner serösen Hülle herausgenommen und in eine neue Höhle versetzt, welche künstlich durch Abtrennung der Serosa von der Haut, nach dem Septum scroti zu, gebildet worden ist. Verfasser will vorzügliche Resultate erzielt haben.

C. Müller-Genf.

Die Durchtrennung der Vasa deferentia und deren Beziehung zur neuropathischen Veranlagung, von H. C. Sharp-Jeffersonville. (*New York med. Journ.* 8. März 1902.) Die etwas utopistisch erscheinende Arbeit besagt nichts weniger und nichts mehr, als dafs wir bei den irgendwie abnorm entwickelten Individuen, besonders bei Idioten, Epileptikern u. s. w., das Recht haben sollten, denselben die Fortpflanzungsfähigkeit durch die Resektion der Vasa deferentia zu benehmen. Diese Operation habe vor der Kastration den Vorteil, den geschlechtlichen Genufs nicht zu zerstören. Sh. hat sie bei 42 Patienten, deren Alter von 17—25 ging, gemacht und konstatiert, dafs dieselben sowohl geistig wie körperlich nach der Operation bedeutende Besserung zeigten, sie wurden kräftiger, schliefen besser, ihr Gedächtnis und ihre Willenskraft nahmen zu. Als Beispiel ist der Fall eines 19jährigen Menschen angeführt, welcher seit seinem 12. Lebensjahre Masturbation getrieben, nach der Operation diese aber aufgegeben hat. Dieselbe wird unter Cocainanästhesie (Infiltration) ausgeführt, über dem Inguinalring oder in das Scrotum (englische Methode) ein Längsschnitt gemacht und ca. ein viertel Zoll des Vas deferens reseziert; bei letzterer Methode wird die Skrotalwunde nicht geschlossen. Sh. ist überzeugt, dafs dies der einzig rationelle Weg sei, aus unserer Mitte eine sehr schädliche Klasse von Individuen auszumerzen und damit die menschliche Gesellschaft physisch und psychisch besser zu gestalten.

Stern-München.

Ein Fall von Excision der Samenbläschen wegen primärer Tuberkulose, von J. F. Hodgson-Oldham. (*Brit. med. Journ.* 16. Nov. 1901.) Ein 32jähr., unverheirateter Maler hatte seit etwa drei Jahren zunehmenden häufigen Urindrang und Schmerzen bei der Entleerung. Bei rektaler Untersuchung fand man bei normaler Prostata verhärtete, wenig vergröfserte Samenbläschen. Der Urin enthielt Eiter, Tripelphosphate und Tuberkelbacillen. Wegen intensiver Beschwerden wurde zur Operation geschritten: es wurde das Perineum durch eine drei Zoll lange, nach vorn konkave Incision durchtrennt und dann meist stumpf bis zur Blofslegung beider Samenbläschen vorgegangen.

Dieselben wurden unterbunden und entfernt. Heilung erfolgte binnen drei Wochen. Seitdem befindet sich Patient wohl, kann den Urin die ganze Nacht und bei Tage 4—6 Stunden lang halten, hat aber inzwischen eine früher nicht bestandene Schwellung des rechten Nebenhodens acquiriert. Die exstirpierten Teile zeigten ausgesprochene Tuberkelherde. Eine ähnliche, etwas andere Operation ist von ULLMANN-Wien an einem 19jährigen Jüngling ausgeführt worden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

c. *Prostata.*

Die Behandlung der Prostatasteine, von R. TARNAUD. (*Presse méd.* 1901. No. 73.) Die Prostatasteine können entweder in der Pars prostatica urethrae sitzen oder im Gewebe der Drüse selbst. Erstere wachsen und entstehen durch die salzigerdigen Bestandteile des Harns, letztere bilden sich durch Anhäufung intraprostatischer Konkretionen und der Kalksalze in den Ausbuchtungen der Prostata. Als diagnostische Momente kommen bei den prostatischen Steinen das Frottement calculeux, das beim Anstofsen der Sonde à boule an den Stein erfolgt und die Krepitation, fühlbar beim analen Touchieren, in Betracht. Es giebt drei Methoden die Steine zu entfernen, den rektalen, den perinealen, den urethralen Weg. Erstere Methode verwirft TARNAUD gänzlich, weil dabei stets eine Mastdarm-Harnröhrenfistel zurückbleibt. Die urethrale Entfernung von Prostatasteinen kann nur bei kleinen Konkrementen zur Ausführung kommen. Am häufigsten wird der perineale Schnitt vorgenommen werden.

Hopf-Dresden.

Ein Fall von Enukleation von Prostataadenomen, von H. L. BARNARD-London. (*Lancet.* 9. Nov. 1901.) Die Operation betraf einen 62jährigen Arbeitsmann mit erheblichen, seit fünf Jahren bestehenden Urinbeschwerden. Die Blase wurde durch den hohen Blasenschnitt eröffnet, und alle drei adenomatös entarteten Lappen wurden im Gewicht von 70 g in toto mit dem Finger enukleiert. Abgesehen von ziemlich lebhaftem Blutverlust (mit Nachblutung annähernd 750 ccm) ging der Eingriff glatt von statten. Die Incision schlofs sich 3 Wochen nachher, und die Urinentleerung geht jetzt spontan alle 3—4 Stunden vor sich. Ein derartiger Erfolg ist, wie B. ausführt, nur bei Adenomen der Prostata möglich, die sich von der Kapsel glatt ablösen lassen, während Fibrome mit letzterer so fest verwachsen zu sein pflegen, dafs eine Trennung ohne Messer unmöglich ist.

Nebenbei betont B. die günstige Wirkung, welche die Darreichung von saurem Natriumphosphat (4,0 auf $^1/_2$ Liter) als Getränk nach Belieben bis zum Verbrauch von $1^1/_2$ Litern täglich zu nehmen nebst Urotropin (0,6 per die) zur Verbesserung des ammoniakalischen trüben, eiterhaltigen Urins erzielte. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Grofser Abscefs der Prostata, die sich zugleich nach Urethra und Rectum eröffnete, von LOUMEAU. (*Ann. de la policlin.* März 1901.) Verfasser giebt eingehend die Krankengeschichte eines an schwerer Blennorrhoe erkrankten Patienten. Die Blennorrhoe war durch einen grofsen Prostataabscefs kompliziert, der in die Urethra durchbrach und zur vollständigen Entleerung vom Rectum aus incidiert werden mufste. Als weitere Komplikation trat eine Epididymitis auf, die ebenfalls in Vereiterung überging und inzidiert werden mufste. Heilung.

F. Hahn-Bremen.

Impotenz als Folge traumatischer Prostatitis, von H. LOHNSTEIN-Berlin. (*Allg. med. Centralztg.* 1901. No. 95.) Bericht über zwei Fälle von gleichzeitiger Verletzung, nämlich Kontusion der Hoden und des Darmes durch eine rittlings herbeigeführte Quetschung. In dem einen, schwereren Falle war aufserdem die hintere Harnröhre in dem Mafse betroffen worden, dafs sich eine schwere traumatische

Striktur der Pars posterior entwickelt hatte. In beiden Fällen kam es zu Beeinträchtigungen der Potenz, und zwar machte sich diese Störung den Patienten erst nach vollständiger Wiederherstellung der verletzten Hoden bemerkbar. Die zu dieser Zeit vorgenommene Untersuchung hatte beide Male deutliche Degenerationserscheinungen der Prostata nachweisen können, obwohl diese letztere selbst nicht direkt bei dem Unfall betroffen war. Störungen der nervösen Centralorgane konnten in keinem der beiden Fälle konstatiert werden. Die Ätiologie der Impotenz ist daher wohl in dem Prostatabefunde zu suchen. Um eine primäre Verletzung der Drüse hat es sich in den beiden Fällen schwerlich gehandelt, es muſs vielmehr angenommen werden, daſs die Prostatitis sich sekundär im Anschluſs an die Quetschung der Hoden und des Darmes entwickelt hat. Diese Prostatitis ist aber in Analogie zu setzen zu den sekundären Prostatitiden bei chronischer Blennorrhoe, bei welchen Störungen der Potenz ja nicht seltene Erscheinungen sind. — Zum Schlusse streift Verfasser noch die Frage, ob und eventuell in welcher Höhe eine durch Trauma entstandene Impotentia coeundi eine Rentenzahlung bedingt. *A. Loewald-Graudenz.*

Verkannter Prostatismus, von E. Desnos. (*Journ. d. pratic.* 1902. No. 3.) Bei Greisen macht die durch Vergröſserung der Prostata bewirkte Behinderung der Urinentleerung nicht selten eigentümliche Krankheitserscheinungen, deren Ursache und Wesen sehr häufig verkannt werden. In erster Linie klagen solche Patienten darüber, daſs sie feste Bissen nicht oder nur sehr schwer durch den Isthmus faucium bringen können, Schluckbeschwerden, wie sie geradezu pathognomonisch für Affektionen der Harnwege sind. Daneben besteht auſserordentlich heftiger Durst und hartnäckige Verstopfung, auſserdem kommen auch leichte Magenbeschwerden vor. Die Körpertemperatur ist meist etwas erhöht, die Messung in der Achselhöhle ergiebt allerdings meist nur ca. 37°, weil bei Greisen infolge der Verlangsamung der peripheren Cirkulation die Differenz zwischen der Temperatur in der Achselhöhle und der Temperatur im Rectum eine sehr groſse ist. Abmagerung tritt zumeist erst in späten Stadien ein, dagegen ist frühzeitig eine eigentümliche fahle Gesichtsfarbe und eine progressive Abschwächung aller Körperfunktionen zu konstatieren. Die Zahl der Urinentleerungen ist vermehrt, die Miktionen erfolgen ohne Schmerzen, aber sehr langsam, in späteren Stadien kommt manchmal Enuresis vor. Die Urinmenge ist vergröſsert, der Urin, solange keine Infektion eingetreten, ist klar, wenig gefärbt und arm an Harnstoff und mineralischen Bestandteilen. In den meisten Fällen kommt es sehr bald zu einer Infektion der oberen Harnwege, der Urin enthält dann reichlich Eiter. Bei tiefem Eindrücken fühlt man in der Blasengegend eine Art leichter, teigiger Anschwellung, dagegen fehlt das charakteristische Symptom der Harnretention, Dämpfung im Hypogastrium sehr oft vollständig; die Dehnung der Blase beschränkt sich nämlich zuerst auf die hintere Blasenregion und den Fundus vesicae, während die vordere und obere Partie der Blase erst sehr spät an der Erweiterung teilnehmen. Am besten und sichersten ist die Dilatation der Blase bei bimanueller Untersuchung vom Rectum und vom Hypogastrium aus zu erkennen. Die Menge des Residualharnes ist stets eine sehr beträchtliche. Die Prostata selbst erscheint bei der Untersuchung per rectum nicht vergröſsert, trotzdem besteht eine Hypertrophie der in die Blase vorspringenden Prostatateile und infolgedessen eine Behinderung der Urinentleerung. Allerdings kommt der gleiche Symptomkomplex auch bei einfacher Trägheit der Blase vor, ohne daſs die Prostata in irgend einem ihrer Teile vergröſsert wäre. Sondierung zu diagnostischen Zwecken ist wegen der damit verbundenen Gefahren zu unterlassen. — Frühzeitig eingeleitet ist die Behandlung dieser Art von Prostatismus eine sehr dankbare. Sie besteht in allmählicher, schrittweise durchgeführter Trockenlegung der Blase

durch regelmäfsige Katheterisierung. In Fällen, in denen diese aus äufseren Gründen oder wegen hochgradiger Verzerrung der Urethra unmöglich ist, ferner in Fällen, bei denen eine schwere Infektion der Blase vorliegt, ist die Blase mittelst Sectio alta zu eröffnen und zu drainieren. Erst wenn die Retention und jegliche Infektion beseitigt ist, kann an die kausale Behandlung, d. h. an die Verkleinerung der Prostata auf operativem Wege, z. B. durch Prostatektomie, geschritten werden.

Götz-München.

Die Pathologie und Ätiologie der Prostatahypertrophie: Incisio suprapubica mit Drainage und Myomektomie als Behandlungs- und Heilmethoden, von Augustus Charles Bernays-St. Louis. (*Med. News.* 22. Febr. 1902.) Nach einem historischen Rückblick mit Bezug auf die hauptsächlichen Bearbeiter dieses Gebietes kommt B. zu dem Ergebnis, dafs die Ätiologie der Prostatahypertrophie noch immer keine geklärte ist, ebensowenig wie in vielen Fällen die pathologische Anatomie. Bei der mikroskopischen Untersuchung der hypertrophischen Drüse, welche in 22—34% bei der Sektion aller Männer vorhanden ist, aber höchstens in ca. 15% Beschwerden verursacht, fand B. eine Vermehrung der glatten Muskelzellen und des zwischen den Drüsen liegenden Bindegewebes, findet daher die Bezeichnung myomatöse Hypertrophie für die meisten Fälle als zutreffend, oder man kann bei geschwulstähnlicher Beschaffenheit von einem Myom oder Fibromyom der Prostata sprechen. Daraus ergiebt sich auch der Standpunkt B.s, dafs die einzig rationelle Behandlung des Leidens die partielle Prostatektomie oder von ihm prostatische Myomektomie genannt ist. Diese Operation giebt bezüglich der Mortalität und der funktionellen Resultate die besten Resultate und besteht darin, vor allem den in die Harnröhre vorspringenden, hypertrophischen Teil der Drüse zu exstirpieren. Bei Patienten, welche nicht gewillt und nicht mehr in dem Zustande sind, dieser Operation sich zu unterziehen, ist die suprapubische Cystotomie mit Drainage die beste Methode, um wenigstens temporäre Erleichterung zu gewähren und bei bestehender Cystitis die Hauptgefahr, das Übergreifen der Infektion durch die Ureteren auf die Nieren, zu verhüten. Eine radikale Behandlung ist das jedoch keineswegs, ebensowenig wie Myome bei Männern oder Frauen durch Kastration zum Verschwinden gebracht werden könnten. Bei den Gefahren, welche das „Katheterleben" mit sich bringt, und bei dessen kurzem Einfluſs auf die Lebensdauer rät B., in jedem Falle von Prostatahypertrophie bei alten Leuten gleich am Anfang schon die Myomektomie zu machen, und er ist überzeugt, dafs dies die Operation der Zukunft sein wird. Es werden dabei nur jene Teile der Drüse entfernt, welche die Blasenfunktion stören, d. h. vollständige Entleerung derselben verhindern. Myomektomie ist eine perineale, partielle Prostatektomie und deren Technik ist dieselbe, wie die der perinealen Prostatektomien; ein wichtiger Punkt dabei ist nur, dafs die Verbindung zwischen Blasen- und Harnröhrenschleimhaut nicht völlig unterbrochen werde. Schliefslich erklärt B. die Bottinische Operation für gefährlich, sie sei nur unter ganz besonders sorgfältigen Vorsichtsmafsregeln zu unternehmen, oft von Harninfiltration in das Perineum gefolgt und der Perinealschnitt müsse, um des Patienten Leben zu retten, gemacht werden, sobald eine Anschwellung des Perineums sich zeige.

Stern-München.

Moderne Behandlungsmethoden für die Prostatahypertrophie, von E. Desnos-Paris. (*L'œuvre médico-chirurg.* 1901. No. 27.) Die Monographie giebt eine vortreffliche kritische Übersicht sowohl über die palliativen Methoden, Katheterismus, Blasenpunktion, Cystostomie, wie über die radikalen Mafsnahmen. Unter letzteren werden zunächst diejenigen besprochen, welche indirekt Verkleinerung der Prostata bezwecken: Organotherapie, Dauerkatheter, Kastration, Chlorzinkinjektion in die Epi-

didymitis, Resektion des Vas deferens, des Samenstranges, der V. spermaticae. Sodann folgen die direkt auf die Prostata gerichteten Eingriffe, wie parenchymatöse Injektionen von Jodtinktur, Thermokaustik, Elektrolyse und besonders eingehend totale und partielle Prostatektomie, sowie Bottinis Verfahren. — Nach D. kommen die meisten Prostatiker mit Katheterismus aus. Wo dieser unmöglich, unzulänglich oder gefährlich ist und die Punctio vesicae nicht erreicht, kann Sectio alta nötig werden; die Harnfistel über der Symphyse aber dauernd als künstliche Harnröhre zu erhalten, ist nur ausnahmsweise gerechtfertigt. Die Radikaloperationen setzen voraus, dafs der Blasenmuskel noch zur Kontraktion fähig ist und dafs die hypertrophische Drüse wirklich die Harnentleerung mechanisch behindert. Daneben kommen Allgemeinbefinden, Infektion, gewisse Komplikationen, wie Hämaturie, vor allem aber das Alter in Betracht. Jüngeren Personen sollte bei stärkeren Beschwerden die Radikaloperation häufiger angeraten werden. Die Kastration und die verwandten Eingriffe, die ihr jedenfalls vorzuziehen sind, bewirken meist nur Herabsetzung der Prostatakongestion. Die totale Prostatektomie paſst für die grofsen Wucherungen, die ins Rectum vorspringen, ohne durchaus immer Retentio urinae herbeizuführen. Beschränkt sich die Hypertrophie auf mittlere und seitliche Lappen, so ist partielle Prostatektomie zweckmäſsig, am einfachsten von einem hohen Blasenschnitt aus oder, bei kleineren Wucherungen und nicht infizierter Blase, nach Bottini. *Max Levor-Hamburg.*

Behandlung der Dysurie der Prostatiker mit der Bottinischen Operation, von Rafin-Lyon. (*Lyon méd.* 1902. No. 6.) Gestützt auf einige persönliche, einzeln mitgeteilte Erfahrungen, insbesondere aber auf die von Freudenberg veröffentlichte Statistik, empfiehlt der Verfasser, bei Dysurie der Prostatiker in geeigneten, noch nicht zu weit vorgeschrittenen Fällen, womöglich bevor Infektion und Distension der Blase eintritt, die Bottinische Operation auszuführen. *Götz-München.*

Radikalbehandlung der Ischurie infolge von Prostatahypertrophie mittelst Kauterisation der Prostata auf rektalem Wege, von Negretto. (*Rif. med.* 1901. No. 44 u. 45.) In 11 Fällen, welche näher beschrieben werden und bei denen Harnbeschwerden seit längerer Zeit bestanden, wurde diese Methode mit bestem Erfolge angewendet. Die Heilung trat rasch ein und war eine definitive. Ein einziger Patient zeigte sich der Behandlung gegenüber widerstandsfähiger; es handelte sich bei ihm um eine aufserordentliche Induration der Drüse mit schwereren Blasenkomplikationen. *C. Müller-Genf.*

Über die Behandlung der Prostatakrankheiten, von A. Strausz. (*Gyógyászat.* 1901. No. 45 u. 46.) Beschreibung der Symptomatologie und Therapie der verschiedenen Formen der entzündeten Prostata, welche für den Fachmann nichts Neues bietet. *A. Alpár-Alexandria.*

Die gegenwärtige Stellung der Bottinischen Operation, von O. Horwitz. (*Philad. med. Journ.* 16., 23., 30. Nov. 1901.) H. ist ein enthusiastischer Anhänger dieser Methode, welche er bei 36 Fällen selbst angewandt hat. Der Erfolg war fast immer ein guter; nur 3 Fälle erforderten binnen Jahresfrist eine nochmalige Behandlung infolge ungenügender Ausdehnung des Eingriffs. Hierbei wie bei den sonstigen Behandlungsmethoden ist eine gewisse Übung unerläfslich; je öfter man die Operation ausführt, desto befriedigender werden nach H.s Erfahrungen die Resultate. Aus der Litteratur hat er tabellarisch 50 Publikationen mit einem Gesamtmaterial von 888 Fällen zusammenstellen lassen. Von diesen starben 51 oder 5,7%; ein negatives Resultat war bei 88 (10%) zu konstatieren, während die übrigen (84,3%) ent-

weder als geheilt oder zum wenigsten als gebessert zu verzeichnen waren. Von 459 Fällen, bei denen genaueres über das Resultat mitgeteilt ist, können 214 (47,2%) als Heilungen erklärt werden. Angesichts dieser Erfolge hält H. es für gerechtfertigt, auch ohne erst das Versagen des Katherisierens abzuwarten, die Galvanokaustik vorzunehmen. Freilich ist die Operation um so schwieriger und auch gefährlicher, je kleiner die Prostata noch ist. Er will, ebenso wie der bekannte amerikanische Chirurg W. Meyer, operieren, sobald es nötig wird, dem Patienten selbst den Katheter in die Hand zu geben. Als Gegenindikation ist das Vorhandensein eines ventilartigen Auswuchses zu betrachten, oder auch eine starke Vergrößerung aller drei Lappen mit Taschenbildung oberhalb oder unterhalb des Blasenhalses. Auch soll stets der Patient für den Eingriff gehörig vorbereitet sein, und namentlich soll die Beschaffenheit des Urins berücksichtigt werden. Bei frühzeitigem Operieren bei kleiner Prostata ist die Ausführung einer perinealen Cystotomie und der Gebrauch von Chetwoods „perineal galvano-cautery incisor" zu empfehlen. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein klinischer Vortrag über eine weitere Reihe von Fällen von Totalexstirpation der Prostata zur Radikalbehandlung der Hypertrophie derselben, von P. J. Freyer-London. (*Brit. med. Journ.* 1. Febr. 1902.) Im Anschluß an seine früheren Berichte schildert Verfasser seine Erfolge bei 4 weiteren Fällen im Alter von 65—76 Jahren. Die entfernten Organe hatten ein Gewicht von 75 bis fast 300 g, konnten aber alle auf die angegebene Weise entfernt werden, und bis auf einen Patienten, der 3 Wochen nach der Operation an akuter Manie zu Grunde ging, sind alle Patienten seither bei bestem Wohlbefinden. Verfasser verfährt bekanntlich in der Weise, daß er nach einem hohen Blasenschnitt die Schleimhaut der Blase an der prominentesten Stelle des Tumors incidiert und dann die Prostata unter möglichster Vermeidung allen weiteren Schneidens bloß mit dem Finger stumpf ausschält. Immerhin empfiehlt er das Verfahren nur für sonst intraktable Fälle.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Die Radikaloperation der Prostatahypertrophie, von Eugen Roth. (*Wien. klin. Rundsch.* 1902. No. 4—8.) Auf Grund der Litteratur und auf Grund eigener Erfahrungen in 12 Fällen kommt Verfasser zu einer warmen Empfehlung der Bottinischen Operation zur Bekämpfung der Prostatahypertrophie. Das Verfahren ist jeder verstümmelnden Operation (Hodenexstirpation) und jedem schweren chirurgischen Eingriffe (Prostatektomie) vorzuziehen, hat eventuell letzterem voranzugehen. Die Gefahr der Bottinischen Operation ist um so geringer, je früher sie ausgeführt wird.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Prostatektomie: Vorstellung von sechs operierten Fällen, nebst Bemerkungen über die Technik der Operation, von J. P. Bryson-St. Louis. (*St. Louis med. Rev.* 22. Febr. 1902.) In den 6 Fällen, die B. in der St. Louis Medical Society vorstellte, enukleierte er die hypertrophische Prostata durch einen medikalen Perinealschnitt so von unten her, daß der Isthmus vesico-urethralis verschont und dadurch eine größere Blutung vermieden wurde. Wo die Drüse nicht genügend zu erreichen war, wurde eine Incision in den prävesikalen Raum gemacht, die aber weder Peritoneum noch Blase eröffnete, und von hier aus Blase und Prostata dem Finger in der Perinealwunde entgegengedrängt. Bei dieser Technik war der Erfolg stets befriedigend; die Operation verlief schnell, oft in 10 Minuten, zweimal in nur 5 resp. 6 Minuten, die Mortalität ging auf ca. 7% herab und die Rekonvalescenz wurde bedeutend verkürzt. — Auf einen bezüglichen Einwurf in der Diskussion über seinen Vortrag erwidert B., daß er nur bei dringender Indikation operierte; die vorgestellten Patienten hätten sämtlich schwere Cystitis und Residualharn gehabt.

Max Levor-Hamburg.

d. *Nieren, Ureteren, Harn.*

Beiträge zur Harnkonservierung, von Apotheker VARGES. (*Pharm. Centralh.* 1902. No. 6.) Für länger aufzubewahrende Harnproben empfiehlt Verfasser die folgenden Konservierungsmittel, und zwar für je 1500 ccm Harn:

0,25 g Quecksilberchlorid,
0,10 g Quecksilberjodid,
0,10 g Quecksilberoxycyanid,
1,00 g Chinosol,
1,00 g Fluornatrium,
1,50 g Salicylsäure,
1,00 ccm Chloroform.

Zu bevorzugen sind in erster Linie Chinosol und Quecksilberoxycyanid, in zweiter Chloroform. *A. Strauß-Barmen.*

Beiträge zur Färbung des Harnsediments mit alizarin-sulfonsaurem Natron, von KNAPP. (*Centralbl. f. inn. Med.* 1902. No. 1.) Beim Versetzen von Harnsedimenten mit 1%iger Lösung von alizarin-sulfonsaurem Natron fanden sich tinktorielle Differenzen, indem sich einzelne Bestandteile gelb, andere rot, andere violett färbten. Diese Färbungen wurden entsprechend der gelben Färbung des Alizarins mit Säuren, der roten mit schwach alkalischen und der violetten mit stark alkalischen Salzen als Kennzeichnung der verschiedenen Reaktion der betreffenden Gebilde aufgefaßt. Verfasser veröffentlicht nun einzelne als verläßlich erwiesene Thatsachen aus seinen Versuchen, die er vorläufig abbrechen mußte: Die schleimigen Substanzen normalen Harns zeigen bei saurer Reaktion durchgehends roten Schleim, dessen Struktur plattenförmig, homogen erscheint; mitunter auch in Form mehr oder minder feingekörnter Massen. Die schleimige Substanz bei Erkrankungen der Niere und des Nierenbeckens färbt sich garnicht oder blaßgelb; ihre Struktur ist flammig, feinstreifig. Harn, welcher durch Uretersondierung gewonnen war, zeigte gelben, flaumigen Schleim. Granulierte Cylinder färben sich im allgemeinen gelb, hyaline auch hier und da schwach violett. Leukocyten in pyelitischen Eiterpfröpfen färbten sich gelb und waren in eine nicht oder schwach gelb gefärbte Grundsubstanz eingebettet. *F. Hahn-Bremen.*

Eine einfache Methode zur sofortigen quantitativen Bestimmung der Harnsäure im Urin, von J. RUHEMANN-Berlin. (*Berlin. klin. Wochenschr.* 1902. No. 2 u. 3.) Die Thatsache, daß der Urin im stande ist, freies Jod zu binden, steht schon seit 1863 fest. Will man den Bindewert der Harnsäure im Urin mit Jod feststellen, so muß man bei einer Reihe von Urinen eine bestimmte Quantität Harn mit Jodlösung titrieren, von dem Wert die Menge Jod abziehen, welche der von Harnsäure befreite Urin, der Resturin bindet, und die gewonnene Jodzahl in Beziehung bringen zu der Harnsäuremenge, welche die Gewichtsbestimmung derselben liefert. Alsdann kommt man zu dem wirklichen Bindewert von Jod und Harnsäure und kann daraufhin die Jodtitrierung benutzen, um innerhalb 30—45 Minuten in einfacher und genauer Weise eine quantitative Bestimmung der Harnsäure vorzunehmen, wozu man sonst Tage braucht. Die Methode, deren ausführliche Schilderung zu weit führen würde, wird dann genau beschrieben. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Urinverhaltung infolge von Einführung einer Flasche ins Rectum, von J. GOOD-Stockport. (*Lancet.* 16. Nov. 1901.) Der 74jährige Patient hatte sich selbst, angeblich um seine Diarrhoe zurückzuhalten, eine Worcestishire-Sauce-Flasche in den

Mastdarm eingeführt. Dies wurde erst entdeckt, als er dreimal hatte katheterisiert werden müssen. Der Fremdkörper wurde mechanisch entfernt, und Patient hatte keine weiteren Beschwerden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Welche lokaldiagnostischen Schlüsse kann man aus der Untersuchung des Urins bei Urogenital-Erkrankungen ziehen? von ALBERT SEELIG-Königsberg i. Pr. (*Allg. med. Centralztg.* 1901. No. 94 u. 95.) Verfasser glaubt — ob mit Recht oder Unrecht sei dahingestellt —, dafs bei der Diagnostik der Harnkrankheiten durch die Vervollkommnung der Instrumente, besonders der Cystoskope, die sorgfältige klinische Betrachtung und besonders die subtile Untersuchung des Urins etwas in den Hintergrund gedrängt sei. Es sei das zu bedauern, da diese Untersuchung uns in manchen Fällen völlige Klarheit verschaffe, in anderen wenigstens eine genaue Richtschnur für die Diagnose gebe, ohne dafs der Patient mit unbequemen und nicht gefahrlosen Instrumenten behandelt zu werden braucht. Von diesem Gesichtspunkt aus betrachtet Verfasser ausführlich die diagnostische Bedeutung der Harnuntersuchung (Menge, spez. Gewicht, Reaktion, Farbe; Salze, Epithelien, Cylinder; Pyurie, Hämaturie, Albuminurie), ohne aber irgendwelche wesentlichen neuen Thatsachen zu bringen. *A. Loewald-Graudenz.*

Beitrag zur Kenntnis gerinnselartiger Gebilde im Urin, von ROTHSCHILD. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1901. No. 50.) Der 59jährige Patient hat seit drei Jahren einige Male Hämaturien gehabt, die rasch schwanden; cystoskopisch liefs sich in der Blase aufser einer mäfsigen Prostatahypertrophie nichts Abnormes feststellen; beide Ureteren funktionierten normal; bei einer späteren Untersuchung entleerte er ein kleinfingergrofses, drehrundes, glattes, glasig-durchscheinendes Gerinnsel, das sich als strukturlose Masse, nicht als organisiertes Gewebsstück erwies, aber die WEIGERTsche Fibrinfärbung gelang nicht. Nach einem Vierteljahre war der Patient abgemagert, die linke Ureterenmündung funktionierte nicht, unter dem linken Rippenbogen fand sich ein grofser Tumor, von der Niere ausgehend, der durch Nephrektomie entfernt wurde. Der Tumor hatte zwei Drittel der Niere zerstört, ragte frei ins erweiterte Nierenbecken hinein, im Nierenbecken lag eine walzenförmige Masse von ähnlicher Beschaffenheit, wie die entleerte. Mikroskopisch erwies er sich als ein Sarkom mit Riesenzellen. *F. Hahn-Bremen.*

Vortäuschung von Urininfiltration durch Blutaustritt unter der Perinealfascie, von S. ENGLISH und R. J. JOHNSTONE-Belfast. (*Brit. med. Journ.* 15. Febr. 1902.) Ein junger Mann fiel auf einen Stacheldrahtzaun und verletzte sich das Perineum. Es trat sofort eine starke Schwellung auf, die schliefslich bis halbwegs zwischen Schambein und Nabel hinaufreichte. Dabei konnte Patient keinen Urin entleeren. Die Incision entleerte nur Blutgerinnsel und etwas Serum, und es fand sich, dafs die Urethra intakt geblieben war. Heilung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über einen eigentümlichen Urinbefund (Emulsions-Albuminurie) bei Eklampsie und Urämie, von HEINRICH CRAMER-Bonn. (*Münch. med. Wochenschr.* 1902. No. 3.) Der Verfasser konstatierte in einem Falle von schwerer puerperaler Eklampsie an dem 48 Stunden ante exitum mit dem Katheter entleerten Urin eine graubraune, dichte, milchige Trübung, die sich weder beim Erwärmen noch bei Säurezusatz löste und sich weder durch Filtrieren noch durch Centrifugieren beseitigen liefs. Die mikroskopische Untersuchung mittels Immersion bei starker Abblendung liefs erkennen, dafs die Trübung durch eine Unzahl feiner und feinster Kügelchen mit lebhaften oscillierenden Bewegungen hervorgerufen war. Beim Kochen bildete sich ein sehr

starker Niederschlag, der die Emulsion zerstörte. Eine genauere chemische Untersuchung wurde nicht vorgenommen. Der Urin befand sich in einer offenen Glasschale, und hier löste sich nach ca. zwei Tagen die Emulsion bei Zimmertemperatur — es war im Sommer — spontan auf, so dafs eine klare, bierbraune Flüssigkeit mit geringem Bodensatz übrig blieb. Diese eigentümliche Erscheinung brachte den Verfasser zu der Überzeugung, dafs es sich um eine Emulsion von Eiweifskörpern gehandelt hat, die beim Stehen infolge der Einwirkung peptonisierender Bakterien in Lösung übergegangen waren. Mit Chylurie oder Lipurie, an die der Verfasser zuerst dachte, stimmte weder das mikroskopische Bild noch das physikalische Verhalten des Urins zusammen. — Kurze Zeit später erhielt der Verfasser in einem zweiten Falle von letal verlaufender, puerperaler Eklampsie einen ähnlichen Emulsionsurin, der sich ebenfalls weder beim Erwärmen, noch bei Säurezusatz, weder beim Filtrieren noch beim Centrifugieren klärte. Endlich gewann der Verfasser in einem Falle von Urämie vier Stunden ante exitum mit dem Katheter ca. 300 g milchig trüben Urin, der die gleichen physikalischen Eigenschaften aufwies und das gleiche mikroskopische Bild ergab wie der ersterwähnte Urin. Die weitere, im physiologischen Institut vorgenommene Untersuchung ergab folgendes: Beim Ausschwenken mit Äther bleibt die Emulsion bestehen, indessen bildet sich über derselben eine klare, kolloide Schicht, die bei Zusatz von Alkohol sich absetzt und keine Fettflecken giebt. Auch die mikrochemische Untersuchung mit Osmiumsäure ergiebt ein negatives Resultat. Bei Pepsinsalzsäureverdauung klärt sich die Trübung auf, während eine mit gleicher Menge Salzsäure ohne Pepsin versetzte Probe trüb bleibt. Beim weiteren Stehen des Urins schlagen sich im Bodensatz mehr und mehr Harnsäurekristalle nieder. Durch einstündiges Erhitzen mit 1%iger Salzsäure entsteht ein Niederschlag, der zahlreiche Kristalle, wahrscheinlich Allantoinkristalle, enthält. Es handelte sich nach all dem um eine Emulsion von Eiweifskörpern, denen möglicherweise Allantoin und Harnsäure beigemischt waren.

Wenn auch diese Eiweifsausscheidung in Form einer Emulsion, für die der Verfasser den Namen „Emulsions-Albuminurie" vorschlägt, bis jetzt in der Litteratur noch nicht beschrieben worden ist, so handelt es sich trotzdem sicher nicht um ein Unikum; der gleiche Befund wird wahrscheinlich des öfteren in Fällen von Eklampsie und Urämie gemacht werden, wenn erst die Ärzte darauf achten und daraufhin untersuchen. Ob die Emulsion infolge einer Übersättigung des Urins mit Eiweifs zu stande kommt, ob etwa die Qualität des emulgierten Albumens eine andere ist als die Qualität des im klaren Filtrat enthaltenen, ob die Emulsions-Albuminurie nur bei letal verlaufenden Fällen von Eklampsie und Urämie vorkommt und ob ihr Auftreten stets eine ungünstige Prognose zu stellen erlaubt, die Entscheidung dieser und anderer Fragen mufs dem Ergebnis weiterer Beobachtungen und Untersuchungen vorbehalten bleiben. *Götz-München.*

Zum Nachweis von Eiweifs im Harne, von L. Laurent. (*Pharm. Centralh.* 1901. No. 49.) Ist bei geringem Eiweifsgehalt in filtriertem Harn auf Säurezusatz die Ausscheidung beständig, so kann dieselbe aufser Albumin auch Albumose, Mucin, Harzsäure, Harnsäure anzeigen. Zur Unterscheidung dieser Stoffe füge man einige Tropfen starke Essigsäure zum Harn und teile das Gemisch. Der eine Teil wird ruhig zur Seite gestellt, der andere erhält einen Zusatz von einigen Tropfen 5%iger Ferrocyankaliumlösung, worauf sich ein Gerinnsel bildet. Trübt sich die erste Probe, so enthält der Harn Nucleoalbumine, Mucin oder die oben erwähnten Säuren. Man lasse nun die Probe eine Stunde stehen, filtriert wieder und setzt Ferrocyankaliumlösung zu. Entsteht ein Gerinnsel, so ist es Albumin oder Albumose. Letztere würde

beim Kochen wieder ein Verschwinden der Trübung ergeben. Von den anderen Proben sei noch die folgende erwähnt: Wenn man Harn und starke Essigsäure und Chlornatriumlösung (1 : 200) kocht, so wird ein Gerinnsel Eiweifs bedeuten. Albumosen bleiben in der heifsen Flüssigkeit gelöst, Mucin wird nicht niedergeschlagen und die Säuren desgleichen nicht. *A. Strauſs-Barmen.*

Über Alkaptonurie, von A. E. Garrod - London. (*Lancet.* 30. Nov. 1901.) Diese sehr seltene und interessante Affektion, welche oft ohne irgend welchen Nachteil das ganze Leben hindurch bestehen bleibt, ist von G. an vier Familien mit 11 derartigen Patienten studiert worden. Bemerkenswert ist dabei, dafs bei drei von diesen Serien die Eltern im ersten Grade miteinander verwandt waren. Auch bei drei von Kirk beobachteten Patienten einer Familie hat sich auf Befragen herausgestellt, dafs die Eltern Vetter und Cousine waren. Betreffs der Zeit des Einsetzens der Alkaptonurie ist von G. in Übereinstimmung mit anderen Beobachtern (Winternitz u. a.) konstatiert, dafs die Anomalie sowohl kongenital, in den ersten Tagen nach der Geburt, als auch später auftreten kann. Genaue Beobachtungen an den im Laufe des Tages entleerten Urinportionen ergaben eine deutliche Steigerung sofort nach Einführung von Proteiden; das Maximum der Alkaptonausscheidung fiel dagegen auf die Zeit von 4—5 Stunden nach der Mahlzeit; dies stimmt nicht mit Mittelbachs Angaben überein, der diesen Zeitpunkt zu 2—3 Stunden nach der Mahlzeit bestimmte. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über nichtdiabetische Glykosurien, von H. Strauss-Berlin. (*Die med. Woche.* 1902. No. 6.) Für die Feststellung einer Glykosurie mufs die Untersuchung gerade desjenigen Urins, welcher nach einer kohlenhydratreichen Nahrung gelassen ist, speziell für die leichteren und mittelschweren Formen verlangt werden. Bei Diabetikern oder Diabeteskandidaten tritt alimentäre Glykosurie viel leichter auf Amylaceen ein als bei anderen Menschen. Die sogenannten transitorischen Glykosurien sind meist nervöser, toxischer oder alimentärer Natur oder gleichzeitig durch eine Kombination mehrerer dieser Momente bedingt. Vorübergehende Glykosurien kommen gelegentlich vor bei Erkrankungen des Centralnervensystems, sowohl organischer als besonders funktioneller Natur, bei Intoxikationen (Morphium, Thyreoidin, Atropin, Phloridzin), ferner bei Infektionskrankheiten (Cholera, Malaria, Scharlach, Influenza, Meningitis), in vereinzelten Fällen von Lebercirrhose, im Greisenalter u. s. w. Alimentäre Glykosurie läfst sich auch bei akuter Betrunkenheit, akuter Bleivergiftung, Phosphorvergiftung und bei Fiebernden nachweisen. Die Fälle von Pseudoglykosurie setzen sich aus den seltenen Fällen von chronischer Pentosurie und den auch seltenen Fällen zusammen, in welchen es zur Ausschwemmung reichlicher Mengen gepaarter Glykurosäure kommt. Die ausführliche Bearbeitung des Themas ist für ein Referat nicht geeignet. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Hämoglobinurie, Urobilinurie, Albuminurie a frigore, von Siciliano. (*Riv. critica di Clinica medica.* 1901. No. 49.) Nach Aufzählung der zahlreichen über diesen Gegenstand aufgestellten Theorien kommt Verfasser zu dem Schlusse, dafs zur Entstehung der Hämoglobinurie drei Bedingungen notwendig sind: chemische oder physikalische Veränderungen des Blutplasmas, abnorme Erregbarkeit des vasomotorischen Nervensystems, Unzulänglichkeit der Leberfunktion, mag dieselbe auch eine blofs latente sein. Fehlen diese drei Bedingungen, so wird ein intensiver Reiz nur eine Albuminurie verursachen. *C. Müller-Genf.*

Das Verhältnis der Hämoglobinurie zu den Nieren, von Tauszk. (*Orvosi-Hetilap.* 1901. No. 44.) Verfasser veröffentlicht zwei Fälle von Hämoglobinurie, deren häufige Attacken und Verlauf genau studiert werden konnten. Auf Basis seiner und

anderer Beobachtungen kommt Verfasser zu folgenden Schlüssen: 1. Das erste Symptom der Hämoglobinurie ist die Blutveränderung, welche in der gesteigerten Blutzellen lösenden Wirkung des Blutserums besteht und sich äufsert. 2. Eine präparoxysmale Albuminurie ist nicht anzunehmen. 3. Die Konzentration des Urins ist vor den Attacken gesteigert, welche mit Stauung und mit geringer Albuminurie verbunden sein kann, aber vor den Attacken nie mit Cylindrurie oder Hämaturie. 4. Das Erscheinen des Hämaglobins wird stets von solchen Veränderungen des Nierenparenchyms gefolgt, welche Nephritis acuta haemorrhagica genannt werden könnten und welche höchstwahrscheinlich das Endresultat ist der direkten Einwirkung des Hämoglobins und der zu Grunde gegangenen roten Blutkörperchen auf die Nieren. Die Untersuchung des Gefrierpunktes des Harnes und des Blutes ergiebt die ungenügende Thätigkeit der Nieren. 5. Das Krankheitsbild der Nephritis ist stets ein länger dauerndes als das der Hämoglobinurie. 6. Die Dauer der Nephritis acuta haemorrhagica (postparoxysmale) und deren Heftigkeit steht im gleichen Verhältnisse mit der sie auslösenden paroxysmalen Hämoglobinurie. 7. Die Zurückbildung der einzelnen nephritischen Attacken ist in der Regel eine vollkommene, es sind aber Fälle zu beobachten, bei denen das pathologische Bild der Nephritis bis zur nächsten Attacke der Hämoglobinurie fortbesteht. 8. Mehrere Beobachtungen sprechen dafür, dafs die durch die Hämoglobinurie verursachten Nierenreizungen, wenn sie Jahre hindurch sich wiederholen, zu einer chronischen Nephritis führen können.

A. Alpár-Alexandria.

Ein Fall von Indigourie, von A. McPhedran und W. Godlie-Toronto. (*Brit. med. Journ.* 12. Okt. 1901.) Ein 24jähriger Mann, der wegen einiger Verdauungsbeschwerden und allgemeiner Mattigkeit in Behandlung kam, entleerte in Gegenwart des Arztes einen auffallenden, bläulich-grünen, trüben Urin. Irgend ein Medikament war sicher vorher nicht genommen worden. Die Untersuchung des Urins ergab saure Reaktion, spez. Gew. 1029, Zucker oder Eiweifs nicht vorhanden, viel harnsaure Salze; unterm Mikroskop fand man aufserdem verschiedene Partikelchen von amorphem, blauem Pigment in unregelmäfsigen Stücken, die sich beim Erwärmen nicht auflösten, und einige kurze, sich nach Gram nicht färbende Bacillen. Mit Chloroform liefs sich das Pigment leicht extrahieren und bestand zweifelsohne aus Kalium-Indoxyl-Sulphat. Die Abnormität verschwand auch bei diesem Patienten in kurzer Zeit, wie sie ja auch eigentlich mehr ein medizinisches Kuriosum ist. Ähnliche Beobachtungen sind, wie Verfasser bemerken, von Phillips, Hughes und Wheaton gemacht worden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Über Entstehung und Verhütung von Oxalurie und oxalsauren Nierensteinen, von G. Klemperer. (*Ther. d. Gegenw.* 1902. No. 1.) In der Sitzung vom 27. November 1901 der Berliner medizinischen Gesellschaft spricht K. über obiges Thema, 30—50% aller Nierensteine sind Oxalatsteine, die im Urin ausgeschiedene Oxalsäure entstammt grofsenteils direkt der Nahrung. Viele Gemüse, Thee, Kakao enthalten reichlich Oxalsäure, von der eine gewisse Menge resorbiert und unverändert durch den Urin ausgeschieden wird. Ein anderer Teil entstammt dem Glykokoll und dem Kreatin, welche in der Fleischnahrung enthalten sind. Um die in den Urin übertretenden Oxalate in Lösung zu halten, mufs der Urin viel Magnesia und wenig Kalk enthalten. Um diese Bedingung zu erfüllen, soll der Patient wenig Milch, Ei, Thee, Kakao, Gemüse (besonders Spinat, Kohl), dagegen Fleisch, Fisch, Fett, Brot, Mehlspeisen, Leguminosen, Reis, Äpfel, Birnen in beliebiger Menge essen. Das Getränk sei reichlich. Die Löslichkeit des Oxalats wird erhöht durch medikamentöse Reichung von Magnesiasalzen, man kann wochenlang täglich viermal 0,5 g Magnes. sulfur. geben.

Bernhard Schulze-Kiel.

Zur Wirkung des Urotropins bei Typhusbakteriurie, von Ernst Fuchs. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1902. No. 7.) Unter den untersuchten Typhuskranken zeigten 14 eine Ausscheidung von Bakterien im Harn. In 4 Fällen war diese Ausscheidung eine geringgradige, mikroskopisch nicht erkennbare. Wahrscheinlich handelt es sich hier nicht um Typhusfälle. Sechs Fälle zeigten massenhaft Bakterien im Harn, die aber nicht Typhusbacillen waren; einmal waren es Colibacillen, einmal Kokken, viermal unbestimmte Bakterien. Vier von diesen sechs Fällen erhielten Urotropin, aber ohne merkliche Wirkung auf die Bakteriurie. Nur vier von den untersuchten Typhusfällen (d. h. 9,75%) zeigten eine Massenausscheidung von Typhusbacillen im Harn, ein tötlich verlaufener Fall schon in der Fieberperiode, die andern erst nach der Entfieberung. Bei einem Falle fanden sich noch sechs Wochen nach der Entfieberung Typhusbacillen im Harn. In zwei von diesen vier Fällen wurde Urotropin längere Zeit gereicht, in einem nur einen Tag. Die Wirkung des Urotropins war hier eine eklatante, aber die Bacillenmenge stieg wieder nach dem Aussetzen des Mittels. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Das Eindringen von Bakterien in die Blutbahn als Ursache des Urethralfiebers, von Bertelsmann und Mau. (*Münch. med. Wochenschr.* 1902. No. 13.) Posner hatte in seiner Arbeit über das Katheterfieber als Ursache dieses Fiebers die Infektion des Körpers durch Bakterien und die Resorption toxischer Stoffe in den Vordergrund gestellt und den nervösen Shockwirkungen bei manchen Menschen eine Mitwirkung zuerkannt. Die besondere Art des Katheterfiebers, das rasche Einsetzen schwerer Symptome und das schnelle Schwinden derselben liefsen es als wünschenswert erscheinen, genaueres über den Infektionsmodus zu erfahren. Schon in der Diskussion eines Vortrages von Lenhartz im Hamburger ärztlichen Verein, in dem er schilderte, dafs unter 38 Fällen maligner Endocarditis 7 nach vorausgegangener Manipulation an der Harnröhre auftraten, erwähnte Bertelsmann, dafs er in 2 Fällen von Katheterfieber lebende Bakterien im lebenden Blute nachweisen konnte; seitdem kamen ihm auf seiner Abteilung nur 2 Fälle von Katheterfieber zur Beobachtung; der eine konnte genau untersucht und beobachtet werden. Die sehr enge, 3 cm lange Striktur war mit Vergnebougies ausgeweitet; der Urin war stark cystitisch. Sechs Stunden nach der Operation bekam Patient heftigen Schüttelfrost mit jähem Temperaturanstieg. Es konnte sofort Blut zur Untersuchung entnommen werden. Patient war dann mehrere Tage wohl und fieberfrei; nach 13 Tagen mufste wieder bougiert werden, wieder folgte Schüttelfrost, Fieber, Druckempfindlichkeit von Leber, Milz und Nieren. Nach einigen Tagen erlag Patient der Sepsis. Der Bakterienbefund bei dem ersten Schüttelfrost ergab zahlreiche Kolonien von Staphylokokken und Bacterium coli, sowohl im Blut wie im Urin, vollkommen identisch. Beim zweiten Schüttelfrost fanden sich im Blut neben Proteus unzählige Staphylokokkenkolonien. Bei der Sektion fand sich keine Pyelitis, keine Abscesse oder Infiltrationen an der Urethra, auf der Schleimhaut der Urethra fanden sich keine Risse. Aufserdem bestand eine Aortenendokarditis, kleine embolische Abscesse in Herzfleisch, Leber und Niere. Aus dem Herzfleisch wuchsen Staphylokokken in Reinkultur. Die Bakterien scheinen aus dem Urin und der Harnröhre direkt ins Blut gelangt zu sein; es bestehen zweifelsohne in der hinteren Harnröhre eigenartige begünstigende Verhältnisse; da der Schüttelfrost erst nach dem Urinieren auftritt, so kann man sich vorstellen, dafs bei der Entleerung der cystitisch gereizten Blase, bei peripher nicht freier Passage der Urin unter erheblichem Drucke kräftig in das Gewebe hineingepreſst wird. Wie Bertelsmann auf dem letzten Chirurgenkongrefs auseinandergesetzt hat, lassen sich so auch die grofsen Mengen der gefundenen Bakterien erklären: 1 ccm Blut kann gegen 160 Millionen

Keime enthalten, 1/4 davon würde genügen, wenn es direkt in die Blutbahn gelangt, in 15 ccm Blut 5—6000 Keime aufgehen zu lassen. Der menschliche Körper kann nun eine einmalige Überschwemmung mit derartigen Mengen gut überwinden und sie eliminieren, besonders wenn sie keine erhebliche Virulenz besitzen, daher das rasche Schwinden der schweren Symptome beim Katheterfieber. Erlischt aber die Widerstandsfähigkeit des Körpers oder findet der eingedrungene Keim eine rauhe Herzklappe (LENHARTZ), so kommt es erst dann zur Sepsis. Verfasser beschreibt dann die Maßregeln, die getroffen wurden, um das Auftreten von Katheterfieber zu verhindern: strengste Antisepsis, schonende Dilatation, innerliche Darreichung von Salol oder Urotropin, und rät, falls einmal Schüttelfrost auftritt oder die Blutuntersuchung positiv ausfällt, lieber die Striktur zu excidieren. Den Schluß der Arbeit bilden, von MAU geschildert, die erhobenen pathologisch-anatomischen und bakteriologischen Befunde, aus denen die embolische Natur der Abscesse hervorgeht; der Staphylococcus war der St. pyogenes aureus. *F. Hahn-Bremen.*

Die Exaktheit der negativen Röntgen-Diagnose bei Verdacht auf Nephritis und Urethritis calculosa, von CHARLES LESTER LEONARD-Philadelphia. (*Philad. med. Journ.* 1. Febr. 1902.) Ein Negativ, das gewisse genau bekannte und festgestellte Einzelheiten zeigt, ohne zugleich den Schatten eines vermuteten Konkrementes zu enthalten, beweist sicher, daß kein Stein vorhanden ist. Seit diese Behauptung vor vier Jahren vom Verfasser aufgestellt wurde (*Philad. med. Journ.* 20. Aug. 1898), hat sie sich ihm vollauf bestätigt. Von 206 einschlägigen Fällen entgingen in nur 2% wirklich vorhandene Konkremente der Röntgen-Diagnose, und auch diese nur durch nachträglich nachweisbare Fehler. Voraussetzung ist erstens vollkommenste Technik in der Herstellung des Negativs, wie sie in den *Annals of Surgery*, April 1899, beschrieben wurde; der Schatten der Niere, des Iliopsoas, der Bänder und Struktur des Beckenausganges muß deutlich zu erkennen sein. Zweitens genügend klinische Erfahrungen in der Deutung der Bilder. Unter diesen Bedingungen ist die diagnostische Methode anderen weit überlegen und von größter Bedeutung für die Praxis. *Max Levor-Hamburg.*

Bericht über die Ureteren-Katheterisierung im St. Louis City Hospital im vergangenen Jahre, von H. L. NIETERT-St. Louis. (*St. Louis Courier.* Dez. 1901.) Es wurden in diesem Zeitraum ca. 25 cystoskopische Untersuchungen und Katheterisierung der Ureteren beim Weibe gemacht und zwar in jedem Falle mit dem KELLY-PAWLICschen Cystoskop unter allgemeiner Anästhesie. Die dorsale Lage mit Höherstellung der Hüften (kombinierte Steinschnitt- und TRENDELENBURG-Lage, s. Abbildung) hält N. dabei für geeigneter und weniger unbequem für die Patientin, wie die Knie-Brust-Stellung; nach Einführung des Cystoskops in die Blase ist es angezeigt, mit dem in die Vagina eingeführten Zeigefinger die Blasenwand sachte gegen das Ende des Instruments zu pressen, und dann wird das Cystoskop langsam zurückgezogen, bis die Falten zwischen den Ureteren der Blasenschleimhaut erreicht sind. Die Ureteren beim Manne wurden sechsmal mit dem Cystoskop von LEWIS katheterisiert, wodurch die Ausdehnung der Blase mit Luft (statt mit Wasser), gute Fixierung derselben und Katheterisierung mit direktem Licht (statt der indirekten Spiegelbeleuchtung am KELLY-PAWLICschen Cystoskop) möglich sind, drei Vorteile, welche das genannte Instrument N. jetzt allen anderen vorziehen läßt. *Stern-München.*

e. *Labien, Vagina.*

Multiple sessile Tumoren der großen Schamlippen, von BURGIO. (*Giorn. internaz. delle Scienze med.* 1902. No. 23.) Bei einer 27jährigen verheirateten Frau

waren innerhalb eines Monats an den grofsen Labien eine grofse Anzahl pfefferkorngrofser und gröfserer, roter, auf breiter Basis sitzender, fest elastischer, bei Druck schmerzloser, aber stark juckender Tumoren entstanden. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dafs diese Geschwülstchen den Sarkomen beizuzählen waren, und glaubt Verfasser, dafs sie nicht von der Kategorie der Hautsarkomatose Kaposis losgetrennt werden können. Die Abtragung einzelner dieser Tumoren war von einer Wiederbildung in loco gefolgt. Dagegen reagierten dieselben auf die Arsenikkur.

C. Müller-Genf.

Kraurosis und Ulcus rodens vulvae, von O. Kreis. (*Correspondensbl. f. Schw. Ärzte.* 1902. Nr. 1.) Die beiden Affektionen fand Verfasser kombiniert bei einer 42½jährigen Multipara. Seit Jahren hatte ein heftiger Pruritus vulvae bestanden und die Schleimhaut zeigte das typische Bild der Kraurosis. Später bildete sich etwas unterhalb der Clitoris ein 10pfennigstückgrofses, epitheliomatöses Geschwür mit Infiltration der Inguinaldrüsen. Vor dem Auftreten des Ulcus hatte sich zuerst am grofsen Labium und dann in der Nähe der Clitoris eine gewöhnliche Warze gezeigt, welche die Patientin teils excidieren liefs, teils mit allerlei Mitteln selbst behandelte. Verfasser führt den Ursprung des Ulcus auf diese chemischen und mechanischen Reize zurück.

C. Müller-Genf.

Blennorrhoe und Komplikationen.

Klinische Bemerkungen über den chronischen Tripper (gleet), von A. Ravogli-Cincinnati. (*New York med. Journ.* 4. u. 18. Jan. 1902.) Der englische Name „gleet" ist ein populärer Ausdruck, welcher einen geringfügigen Ausfluſs aus der Harnröhre bedeutet, aber aus der wissenschaftlichen Terminologie vollständig verschwunden ist; nach des Verfassers Ansicht sollte er beibehalten werden, da er treffend das Übergangsstadium zwischen chronischer Blennorrhoe und Strikturbildung bezeichnet. Die bekannten Symptome dieses oft viele Jahre dauernden Stadiums sind der Morgentropfen oder bloſs Verklebtsein der Öffnung und Fäden im Urin, der subjektiven Erscheinungen sind wenige: nur selten Brennen beim oder nach dem Urinieren, rheumatische Schmerzen in der Lumbal- oder Glutäalgegend, Gefühl von Müdigkeit. R. hat die Überzeugung, dafs dieser „gleet" hauptsächlich in der hinteren Harnröhre sitzt, dabei aber auch häufig die Prostata befallen ist. Stets ist daher die Untersuchung derselben nötig, ebenso zur Vervollständigung der Diagnose die Einführung einer Metallsonde (Beniqué No. 21—24). Die Ursache dieses „gleet" (wörtlich übersetzt Eiter, Tripper) benannten Zustandes sind die Infiltration und unelastische Beschaffenheit des Gewebes und der Drüsen der Harnröhrenschleimhaut, welche an umschriebene Stellen gebunden sind und die vollständige Urinentleerung hindern; der kleine Tropfen verursacht eine Reizung mit den Folgezuständen der chronischen Entzündung. Mit besonderer Vorliebe wird von der letzteren der Bulbus befallen. R. bespricht hier nun die bekannten pathologischen Veränderungen, welche dabei vorkommen. Nach diesen Befunden sollte sich die Untersuchung der Vesicae seminales und der Cowperschen Drüsen womöglich (da liegt die Schwierigkeit! Ref.) immer an die der Prostata anschliefsen. In manchen Fällen verursacht eine einfache Untersuchung so hochgradige Reizung, dafs der Patient im Bett bleiben muſs. Die Prognose kann trotzdem eine günstige sein, wenn der Patient die entsprechende Diät hält. Die Behandlung muſs alle Methoden zur Auswahl haben. Von inneren Mitteln (bei frischeren Fällen) wird am besten Sandelöl vertragen, dessen günstiger Einfluſs aber nur ein vorübergehender ist. Andauernder ist der der sogenannten

Harnantiseptika (die Salicylpräparate, Salol, Urotropin). Von innern Mitteln sind ferner Brom- und Opiumpräparate gegen die geschlechtliche Erregbarkeit, Schlaflosigkeit und neurasthenische Zustände zuweilen angezeigt. Bezüglich der lokalen Behandlung steht R. auf dem schon im Jahre 1899 ausgesprochenen Standpunkte, daſs die Janetschen Spülungen sehr empfehlenswert sind und zwar mit dem rückläufigen (von R. angegebenem) Silberkatheter, während für die akute Urethritis anterior die gewöhnliche Methode (ohne Katheter) genüge. Sind bereits Infiltrationen der submukösen Schichten vorhanden, so sind die Instillationen mit Arg. nitr. angezeigt (nach Guyon oder Ultzmann), welchen R. in letzter Zeit eine 2—3%ige Lösung von Silber-Protein vorzieht. Er instilliert bei voller Blase. Zur Urethroskopie benützt er noch mit Vorliebe das alte Steuversche Endoskop. In Fällen von tiefersitzenden Veränderungen ist die Dilatation mit den Instrumenten von Otis oder Oberländer zu machen (ein- oder zweimal pro Woche), die alten Stahlsonden sind aber zur völligen Ausheilung noch unentbehrlich, jene von Beniqué zieht R. allen übrigen vor. Der Druck auf die Gewebe, welchen die Metallsonden ausüben, bringt die restierenden Infiltrate in der Schleimhaut zur Resorption, hält das Kaliber der Urethra unverändert und verhindert, daſs der kleine Urintropfen an der erkrankten Stelle verbleibt; die Metallsonden bringen daher die Schleimhaut wieder in den normalen Zustand. *Stern-München.*

Die Blennorrhoe des Weibes, von J. B. Killebrew-Mobile. (*Med. News.* 25. Jan. 1902.) Da dem Gonococcus das Pflasterepithel viel mehr Widerstand entgegensetzt wie das Cylinderepithel, so sieht man viel häufiger eine blennorrhoische Urethritis und Endocervicitis, wie eine Vulvitis oder Vaginitis. Daſs der Beginn der Affektion bei Frauen ein sehr harmloser und die Symptome sehr mild sind, ist sehr verhängnisvoll, da auf diese Weise die Behandlung meist sehr vernachlässigt wird. Dieselbe kann unter zwei Gesichtspunkten, einem prophylaktischen und eigentlich therapeutischen, betrachtet werden. Ersterer kann hier füglich übergangen werden; sind Vagina oder Vulva ergriffen, so sollten sie alle drei Stunden mit Sublimatlösung (1 : 5000) oder Lysol (¼%iges) bespült werden, auf die Urethra ist 1%iges Arg. nitr. oder 2%iges Protargol zu applizieren. Für Vulva, Vagina und Cervix, wo stärkere Lösungen nötig sind, wendet K. Jodtinktur oder 5%iges Arg. nitr. an; diese Applikationen sind 3—4 Tage lang einmal, dann jeden zweiten Tag vorzunehmen, bis alle Entzündungserscheinungen verschwunden sind. Bei der akuten blennorrhoischen Endometritis kommt für K. einzig das Kürettement in Betracht, welches möglichst bald vorzunehmen ist; stimmt die Patientin absolut nicht zu, so können auch manchmal intra-uterine Ausspülungen, zuerst mit Sublimat (1 : 10000), dann unmittelbar von einer gesättigten Borlösung gefolgt, Erfolg haben. Diese Behandlung muſs alle 24 Stunden wiederholt werden. In Fällen von Pyosalpinx, ein- oder zweiseitiger, wie überhaupt in all den Fällen, wo die konservative Behandlung fehlgeschlagen hat, muſs die komplete, vaginale Hysterektomie ausgeführt werden, wobei K. zur Blutstillung den Péan statt der Ligaturen empfiehlt. *Stern-München.*

In der Sitzung des deutschen ärztlichen Vereins zu St. Petersburg vom 12. März 1901 spricht Ucke **„Zur bakteriologischen Diagnose der Blennorrhoe"** (*St. Petersb. med. Wochenschr.* 1901. No. 39). U. hat das Verfahren Wassermanns, Gonokokken auf Nutroseschweineblutserum zu züchten, in 90 Fällen von chronischer Urethritis bei Männern angewandt. Von diesen Untersuchungen fielen 9 positiv, 81 negativ aus, während das Mikroskop 11 mal ein positives Resultat ergab; in einem Falle gelang noch nachträglich der kulturelle Nachweis; einmal war das kulturelle Resultat positiv,

während mikroskopisch Gonokokken nicht nachweisbar waren. U. vermag daher dem Kulturverfahren keinen grofsen Vorzug vor dem mikroskopischen einzuräumen, wenn auch zuzugeben ist, dafs der Wassermannsche Nährboden entschieden sehr günstig für Gonokokken ist. Gegen Temperaturschwankungen nach oben über 37° C. sind die Gonokokken sehr empfindlich, Kälte dagegen vertragen sie besser; darauf, dafs das Material zur Kultur möglichst frisch entnommen wird, kommt es nicht so sehr an. — Was den Ehekonsens betrifft, so hängt alles vom Nachweis der Gonokokken ab, da nur in seltenen Fällen ein Tripper so vollständig ausheilt, dafs gar keine Fäden fürs Leben bleiben. Hier nimmt das Kulturverfahren eine besonders wichtige Stelle ein. — In der Diskussion weist Petersen darauf hin, dafs die Empfindlichkeit der Gonokokken gegen Temperaturen über 37° C. mit den klinischen Erfahrungen im Widerspruch stehen; während hohen Fiebers schwinden die Gonokokken wohl, kehren aber nach Abfall der Temperatur gewöhnlich wieder. *A. Loewald-Graudenz.*

Über den Gonococcus, das Gonotoxin und ihre Rolle für die Pathogenese der blennorrhoischen Erkrankungen, von Sobinski. (Dissert. St. Petersburg, 1901.) Die umfangreiche Arbeit zerfällt in zwei Teile, von denen der erste nach einer historischen Betrachtung über die venerischen Krankheiten überhaupt und insbesondere über den Tripper, sich speziell mit dem Gonococcus hinsichtlich seiner Färbung und Lagerung befafst. In Bezug auf die Möglichkeit des Eindringens des Gonococcus in den Kern meint Verfasser, der selbst mehrfach Gonokokken innerhalb des Kernes gesehen hat, dafs man leicht sich täuschen könne. Einerseits nämlich kann der Gonococcus in einer Vertikalen mit dem Kern liegen und dann den Eindruck hervorrufen, als wenn er im Kern gelagert ist, obgleich er sich aufserhalb desselben befindet, und andererseits kann es geschehen, dafs der Kern sich teilt, aber dafs diese Teilung noch nicht vollkommen ist und zwischen diese Teile geratene Gonokokken fälschlich den Eindruck erzeugen, dafs sie im Kern liegen.

In den folgenden Kapiteln werden die verschiedenen Nährböden für Gonokokkenkultur, die Gonokokkenkultur selbst, die dem Gonococcus ähnlichen Mikroorganismen der Harnröhre und der Scheide, die Impfversuche mit dem Gonococcus auf Menschen und Tiere, endlich die vielen, in der Litteratur beschriebenen Trippermetastasen, die Beziehung des Gonococcus zu den verschiedenen Geweben und die Symbiose des Gonococcus mit anderen Bakterien behandelt.

Der zweite Teil der Arbeit ist dem Gonotoxin gewidmet und bringt nach Erwähnung aller bisherigen, auf diesem Gebiete erschienenen Arbeiten die experimentellen Versuche des Verfassers. Dieselben bilden vorzüglich eine Nachprüfung derjenigen von Wassermann, Christmas und Masslowski und werden daher anfangs sowohl mit Gonokokkenleibern, als mit dem Filtrat der Kulturen, als auch mit dem Alkoholauszug aus dem Filtrat angestellt. Da sich aber der Verfasser alsbald davon überzeugte, dafs alle diese Produkte nur sehr schwache pyogene Eigenschaften besitzen, stellte er sich durch Niederschlag einer flüssigen Serumbouillonkultur mit Alkohol eine konzentrierte Gonotoxinemulsion her, welche somit die Leiber der Gonokokken und die Produkte ihrer Lebensthätigkeit enthielt. Diese Emulsion benutzte Verfasser, nachdem sie filtriert und mit einer bestimmten Menge sterilisierten Wassers vermischt worden war, zu seinen weiteren Versuchen, und zwar injizierte er sie Kaninchen und Meerschweinchen teils unter die Haut, teils in die Bauchhöhle, teils in die Tuben. Er kam dabei unter anderem zu folgenden Resultaten:

1. Die Injektion von Gonotoxin unter die Haut, in die Muttertrompeten, in die vordere Augenkammer, in den Konjunktivalsack und bisweilen auch diejenige in die Bauchhöhle ruft bei Tieren Eiterbildungen hervor.

2. Kontrollversuche mit serösem Albumen, welches durch Alkohol aus Ascitesbouillon niedergeschlagen wird, veranlafst weder eine lokale, noch eine allgemeine Eiterung.

3. Eine Sterilisation der Kulturen vermindert ihre pyogenen Eigenschaften.

4. Die Konzentration der sterilisierten Kultur im Vacuumapparat schwächt das Toxin ab.

5. Das Gonotoxin wird anscheinend vom tierischen Organismus vernichtet, da die Eiteransammlungen in der abgeschlossenen Tubenhöhle die Neigung haben, mit der Zeit resorbiert zu werden.

6. Das Gonotoxin schädigt in bedeutendem Grade die Dauerhaftigkeit der Gewebe.

7. Die eitererregenden Mikroorganismen (Staphylococcus pyogenes albus, Bacterium coli, Pyocyaneus) können den Verlauf des blennorrhoischen Prozesses in die Länge ziehen.

8. Die chronischen blennorrhoischen Prozesse lassen sich nicht durch Toxinwirkung erklären, welches sich, wie z. B. in der abgeschlossenen Tubenhöhle, ohne dafs lebende Gonokokken mehr vorhanden sind, angehäuft hat. Es gehören dazu notwendig lebende Gonokokken oder eitererregende Bakterien, welche den Prozefs unterhalten, wobei er dann aber seinen spezifischen Charakter einbüfst.

9. Das Gonotoxin kann sich lange Zeit am kühlen Ort erhalten, ohne seine Toxicität zu verlieren. *Arth. Jordan-Moskau.*

Klinischer Beitrag zur Biologie der Gonokokken, von G. Nobl. (*Wien. klin. Rundsch.* 1901. No. 46.) Die allenthalben aufgestellte These, dafs erhöhte Körpertemperatur auf die Gonokokkenentwickelung hemmend, ja vernichtend einwirkt, unterzieht Verfasser einer genaueren Beobachtung. Er hält die These nicht für richtig, da die Gonokokken auch der mehrwöchentlichen Einwirkung höchster Temperaturen zu trotzen vermögen. Nach einer Wiedergabe der betreffenden Litteratur schildert Verfasser 5 Fälle, bei denen zur Blennorrhoe sich mit lebhaftem Fieber einhergehende Erkrankungen gesellten, die sich über längere Zeit erstreckten. Es handelte sich dreimal um Typhus abdominalis, einmal um Prostatitis, Epididymitis und Tuberculosis pulmonum, einmal um croupöse Pneumonie. In allen Fällen konnten aus dem Urethralsekret Gonokokken gezüchtet werden, es hatte ihnen die hohe Temperatur also nichts geschadet. Dafs die Symbiose mit den Typhusbacillen etc. nicht etwa die grofse Wärmetoleranz bedingt, ist zweifellos. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Gonokokken in den Sekreten, von A. Ravogli-Cincinnati. (*Louisville Journ.* 1901. No. 12.) Die Abhandlung stellt einen Abschnitt aus des Verfassers Monographie „Blennorrhoea of the sexual organes", New York 1896, dar. Nichts neues. *Hopf-Dresden.*

Gonokokken im Blute bei blennorrhoischer Polyarthritis, von Unger. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1901. No. 51.) Der 18jährige Patient verletzte sich die linke Hüfte und erkrankte mit starker Schwellung (Punktion ergab Blut) und Fieber, so dafs die Diagnose auf Coxitis gestellt wurde; diese konnte blennorrhoisch sein, da sich in der Harnröhre eitriger Ausflufs mit zahlreichen Gonokokken fand; später wurde auch rechtes Hand- und Fufsgelenk befallen. Die jetzt vorgenommene Aussaat des Blutes auf Ascitesbouillon ergab bei einem mit 5 ccm Blut beschickten Röhrchen Wachstum von Gonokokken, die sich auf Ascitesglycerinagar weiterimpfen liefsen. Bedingung für das Gelingen der Kulturen ist die Benutzung reichlicher Mengen Blutes, reichliche Verdünnung durch viel Nährsubstrat, um die baktericide Kraft des Blutes herabzusetzen, Benutzung eines flüssigen Nährbodens, der den Keimen schnelle und ungehinderte Entwickelung gestattet.

Hierzu bemerkt Max Michaelis (Vereinsbeilage 1901. No. 42 der *Dtsch. med. Wochenschr.*), dafs die Gonokokken immer noch selten im Blute nachgewiesen werden, da man grofse Mengen Blut zur Aussaat nötig hat: grofse Bedeutung hat der Gonokokkennachweis auch für die blennorrhoische Gelenkentzündung, die viel häufiger ist, als man glaubt. Klemperer sah ein neugeborenes Kind mit Ophthalmoblennorrhoe, das an multiplen blennorrhoischen Gelenkentzündungen erkrankte und zwei Wochen später einen Abceſs am Rücken bekam, dessen Eiter zahllose Gonokokken enthielt. Auch A. Fraenkel bestätigt die Häufigkeit der blennorrhoischen Gelenkentzündungen, die sich vor allem durch ihre Hartnäckigkeit auszeichnen. Im Schlufswort hebt Unger hervor, dafs man nur in den ersten Tagen nach Auftreten der Entzündung Gonokokken in den Gelenken findet: man kann daher annehmen, dafs sie im Blute noch schneller zu Grunde gehen. *F. Hahn-Bremen.*

Über blennorrhoische Arthritis, von A. Herzfeld-New York. (*New York med. Journ.* 8. März 1902.) In vorliegendem Falle, einen 31jährigen Patienten mit chronischer Blennorrhoe und Striktur betreffend, traten die Gelenkaffektionen kurz (36 Stunden) nach der ersten Janetschen Spülung und Dilatation auf: es waren hohes Fieber (40° C.) und heftige Schmerzen in allen Gelenken der Ober- und Unterextremitäten vorhanden. Der Urin enthielt Eiterzellen und Gonokokken, nach einer Woche waren alle Gelenke mit Ausnahme des rechten Knies wieder frei, letzteres aber mufste punktiert, dann immobilisiert, der Patient über 2 Monate im Bette gehalten werden und verliefs dasselbe mit einer Lähmung des Nervus peroneus und fast völliger Ankylose des linken Knies, welche jeden Bewegungsversuch sehr schmerzvoll gestaltete; unter Massage, Dampfbädern, kräftiger Galvanisation u. s. w. ging die Lähmung zurück und besserte sich die Bewegungsfähigkeit des rechten Knies erheblich, blieb aber doch nach 18 Monaten noch eine beschränkte. In Anbetracht dieses Falles glaubt H., bei Gegenwart von Gonokokken seien die Dilatation und Janetsche Spülungen nur mit grofser Vorsicht auszuführen und bevor man zu diesen übergeht, sollten die Gonokokken durch geeignete Antiseptica zerstört oder wenigstens auf ein Minimum reduziert werden. Ferner beweist dieser Fall neuerdings, dafs wir es auch bei der chronischen Blennorrhoe nicht mit einer relativ harmlosen Lokal-, sondern mit einer Erkrankung zu thun haben, welche ausgesprochene Neigung zu Allgemeininfektion (hohes Fieber, Nachtschweifse) mit Metastasenbildung und Toxineproduktion besitzt. *Stern-München.*

Blennorrhoischer Rheumatismus, von Chauffard. (*Journ. d. pratic.* 1902. No. 4.) Der Verfasser berichtet über zwei Fälle von blennorrhoischem Rheumatismus des rechten Kniegelenks. In beiden Fällen lag ein sehr starker Gelenkerguſs vor; derselbe wurde bei beiden Patienten, um die Schmerzen zu vermindern und die nachfolgende Behandlung, besonders die Kompression zu erleichtern, punktiert. Die entleerte Flüssigkeit war in beiden Fällen serös-purulent, enthielt zahlreiche polynukleäre Leukocyten und erwies sich in beiden Fällen als vollkommen steril. Es handelte sich demnach um Gelenkaffektionen, die durch Gonokokkentoxine verursacht waren.

Im Anschluſs an die Mitteilung dieser beiden Fälle bespricht der Verfasser die Behandlung des blennorrhoischen Gelenkrheumatismus im allgemeinen. Er empfiehlt, in allen Fällen, in denen ein starker Erguſs und infolgedessen eine hochgradige intraartikuläre Hypertension vorliegt, die Punktion des Ergusses vorzunehmen. Für sehr schwere Fälle kommt neben der Immobilisierung auch die Arthrotomie in Frage. Dieselbe hat bis jetzt allerdings sehr ungleichmäfsige Resultate ergeben. Auch die Indikationen für die Arthrotomie sind noch nicht genau festgestellt; im allgemeinen

wird man bei starker Entzündung des Gelenks, hochgradigem periartikulären Ödem und Temperatursteigerung die Arthrotomie der einfachen Immobilisierung vorziehen.

Götz-München.

Die blennorrhoischen Osteopathien, von PHILIPPET. (*Thèse de Paris.* 1901.) Verfasser unterscheidet akute und chronische Knochenaffektionen bei Blennorrhoe. Die akute Form entspricht der einfachen entzündlichen Reizung des Periosts (FOURNIER) und dem ersten Grade des „Blennorheumatismus osteofibrosus" (JACQUET). Die chronische Form entspricht der „Periostiosis" (FOURNIER), der „Ostitis hyperexostosans" (JACQUET) und der „Osteoperiostitis hypertrophicans" (HERTZ).

Die akute Form kann an allen Teilen des Skelettes auftreten, ist oft multipel, verursacht heftige Schmerzen (besonders oft in der Gegend der Achillessehne), verläuft schnell. Ihr Beginn fällt in die dritte oder vierte Woche mit Anfang der Blennorrhoe. Sie dauert 10—12 Tage und läuft meist ohne Residuen ab.

Die chronische Form lokalisiert sich an den Epiphysen und Diaphysen der Knochen. Es bildet sich ein harter Tumor an der betreffenden Stelle, besonders oft in der Gegend des Talus und Calcaneus. Ferner gehört hierher die sogenannte „Polyarthritis deformans progressiva pseudo-nodosa" der Gelenkenden der Fingerphalangen und Metacarpalknochen, nach welcher oft eine charakteristische fusiforme Deformation der Finger zurückbleibt. Die Diaphysenaffektion zeigt sich besonders am Femur, wo ein indolenter Knochentumor sich bildet, während eine Atrophie der Muskeln und Hypertrichosis sich hinzugesellen.

Über das Zustandekommen der blennorrhoischen Knochenaffektionen sind die Ansichten geteilt. Es ist ungewiß, ob Gonokokkenmetastasen, sekundäre Infektionen mit anderen Bakterien, Toxine oder gar nervöse Einflüsse dieselben hervorrufen.

Therapeutisch kommen Ruhe, lokale Terpentinbäder, allgemeine heiße Bäder, Massage, Hydrotherapie, später Gymnastik zur Verhütung von Ankylosen in Betracht.

Iwan Bloch-Berlin.

Die Rolle der Prostata bei der Blennorrhoe, von FREDERICK BIERHOFF-New York. (*Med. News.* 28. Dez. 1901.) Die Crux in der Behandlung der Blennorrhoe ist die Ausdehnung des Entzündungsprozesses auf die hintere Harnröhre und mit Wahrscheinlichkeit ist es das Befallensein der Prostata, welche meist für die Hartnäckigkeit der blennorrhoischen Urethritis verantwortlich ist. Wie verschieden aber darüber die statistischen Angaben lauten, das lehren die von BIERHOFF hier angeführten Daten: LEFREVOST (1884) fand in $^1/_6$ seiner Fälle, ERAUD (1886) in 80%, JADASSOHN (1889) in 87,7%, RONÁ in 92,2%, INGRIA in 59% der Fälle die Prostata befallen, während BIERHOFF selbst bei 151 Fällen von Urethritis posterior die Prostata ebenso oft, d. h. in 100%, erkrankt fand. Als hauptsächliche Ursachen dieser beiden Komplikationen ergaben sich für B. frühere Masturbation oder Coitus interruptus, durch welch beide Gebräuche in der Prostata katarrhalische Zustände und in der Urethra posterior eine chronische Kongestion hervorgerufen werden, die wiederum prädisponierend auf die Weiterverbreitung einer blennorrhoischen oder anderen Infektion wirken. Die Art der Behandlungsmethoden, glaubt B., ist von viel geringerer Wichtigkeit, als diese beiden prädisponierenden Momente, obwohl er mit FINGER, FRANK u. a. der Meinung ist, daß die rationelle Anwendung der modernen, Gonokokken tötenden Mittel, besonders des Protargols, wahrscheinlich den Prozentsatz der Urethritis posterior und Prostatitis bedeutend vermindern wird. Was die Art der Untersuchung betrifft, so hat B. folgende als die bewährteste befunden, um ein vollständig reines Prostatasekret zu erhalten: Der Patient entleert die Blase (in 2 Gläser), dann wird die vordere Harnröhre irrigiert und darauf die hintere, jedoch in beiden Fällen ohne Anwendung des Katheters (am besten mit der Spritze, nicht mit dem

Irrigator); der Patient entleert nun wieder die Blase (von der injizierten Flüssigkeit). Sachte wird nun die Prostata massiert und der am Meatus erscheinende Ausfluſs mit einer sterilisierten Platinöse aufgefangen und untersucht. In 127 der untersuchten 151 Fälle fanden sich Gonokokken im Prostatasekret, Gonokokken und andere Bakterien in 7 der Fälle, Diplokokken, aber nicht absolut als Gonokokken anzusehen, in 4 Fällen, andere Bakterien in 4, keine Mikroorganismen in 9 Fällen. Die Behandlung kann in eine prophylaktische und kurative eingeteilt werden, erstere besteht in möglichst energischer Therapie des Harnröhrentrippers, wozu B. in erster Linie Irrigationen (ohne Katheter) einer warmen $^1/_2$%igen Protargollösung empfiehlt, letztere in Massage der Prostata, wozu bei schon getrübtem zweiten Urin noch die Irrigationen hinzukommen müssen. Die Massage ist am besten mit dem Finger auszuführen; B. hält es in jedem Falle für angezeigt, der Massage eine Irrigation der ganzen Harnröhre ohne Katheter vorausgehen zu lassen. Allgemeinbehandlung, bestehend in Vermeidung von Erkältungen, richtiger Diät, Sorge für Stuhlgang, warmen Sitzbädern (abends) u. s. w., kommt ebenfalls in Betracht. Als Komplikationen können natürlich alle Folgeerscheinungen der Blennorrhoe, besonders aber Vesiculitis, Funiculitis und Epididymitis auftreten; keine Cystitis sollte, so meint ferner B., beim Manne als blennorrhoische ohne vorhergehende, sorgfältige Untersuchung der Prostata erklärt werden. Die Prognose hält er meist für eine gute; je früher natürlich ein Fall von Urethritis posterior diagnostiziert und die Erkrankung der Prostata festgestellt wird, desto früher kann eine vollständige Behandlungsart eingeleitet werden. Kein Fall sollte als geheilt entlassen werden, bevor die Prostata bei digitaler Untersuchung als normal, das Sekret derselben, sowie die Urinfäden und -Schleim auch auf wiederholte Irritation frei von Gonokokken befunden werden. *Stern-München.*

Über die blennorrhoischen Erkrankungen des Nervensystems, von M. Moltschanow. (Dissertation. Moskau 1901.) Nach einigen historisch-litterarischen Bemerkungen geht M. alsbald auf seine eigenen Versuche über, welche bezweckten, den Einfluſs des Gonokokkentoxins auf das Nervensystem zu prüfen. Als Nährböden für die Gonokokkenkultur benutzte M. ein Gemisch von Peptonagar mit Hydrocelenflüssigkeit (2 : 1) oder ein Gemisch von Fleischbouillon mit der eben genannten Flüssigkeit (1 : 1). Alle Nährböden, welche Glycerin, wenn auch nur in Spuren, enthalten, eignen sich für den von M. ins Auge gefaſsten Zweck nicht, da weiſse Mäuse schon nach Einspritzung einer ganz minimalen Menge reinen Glycerins in die Bauchhöhle an diesem sterben. Am virulentesten erwiesen sich M. Kulturen von 10—25 Tagen, so daſs er später nur mit letzteren arbeitete. Nachdem er sie, dem Wassermannschen Vorschlag entsprechend, eine Viertelstunde lang bei einer Temperatur von 75—80° C. erwärmt hatte. Das durch Filtrieren erhaltene Toxin spritzte M. weiſsen Mäusen, Kaninchen und Meerschweinchen ein. Hierbei beobachtete M. folgende Erscheinungen: Bei Einspritzung unter die Haut entsteht schon nach 20—24 Stunden ein schmerzhaftes, sich heiſs anfühlendes Infiltrat, welches später eine bindegewebige Veränderung eingeht. Bei Incision des Infiltrates entleert sich zwar Eiter, aber bakteriologisch lassen sich keine Mikroorganismen nachweisen. Nach Einführung geringer Mengen Toxin in die vordere Kammer kommt es zu Hypopyonbildung; und nach Injektion in den Konjunktivalsack zu scharf ausgesprochener Keratitis. Injiziert man das Toxin in die Bauchhöhle, so entwickelt sich, insbesondere bei Meerschweinchen, nicht selten eine hämorrhagisch-eitrige Peritonitis. Weiſse Mäuse sterben bereits nach Injektion von 0,5—2,0 Toxin im Verlauf von 12—28 Stunden, wobei sich zuerst eine Unbeweglichkeit der Tiere, dann Parese der Hinterfüſse, darauf Parese auch der Vorderfüſse, Atembeschwerden und Tod wahrnehmen lieſs. Bei Meerschweinchen trat der

Tod nach Injektion von 10,0—15,0 Toxin in die Bauchhöhle ein. Was nun die mikroskopischen Untersuchungen des Nervensystems dieser Tiere anbetrifft, so konstatierte M. folgendes: Bei akuter Intoxikation mit dem Gonokokkentoxin beobachtete er bei Meerschweinchen deutlich ausgesprochene Veränderungen des Centralnervensystems, hauptsächlich die Zellen der Vorderhörner betreffend, nämlich lokale oder allgemeine Chromatolyse, Veränderung der Kerne hinsichtlich ihrer Form und Lagerung, Vacuolenbildung und Atrophie der Zellen. Analoge Veränderungen sieht man auch an den Zellen der cerebro-spinalen Ganglien, nur entwickeln sie sich später und erreichen selten einen so hohen Grad. Ähnliches bemerkt man auch an den Zellen des Hirns und der Medulla oblongata. Hyperämie der Haut und hauptsächlich Rückenmarkshäute und nicht selten capillare Blutaustritte besonders in der Umgebung des Centralkanals vervollständigen das pathologisch-anatomische Bild der akuten Intoxikation. Ähnlich, nur schwächer ausgeprägt, sind die Veränderungen bei Kaninchen. Bei der chronischen Vergiftung mit Gonokokkentoxin kommt es im allgemeinen sowohl bei Meerschweinchen, als bei Kaninchen zu denselben Veränderungen des Centralnervensystems, wie sie eben beschrieben sind, aber aufserdem auch noch zu einer degenerativen Neuritis der peripheren Nerven, in einigen Fällen auch zu atheromatösen Prozessen an der inneren Aortenwand und ferner auch zu Erscheinungen von Muskelatrophie.

Die nächsten Kapitel der Arbeit befassen sich mit dem Streptococcus und mit dem Bacterium coli in ihrer Wirkung allein für sich oder in Gemeinschaft mit dem Gonokokkentoxin auf das Nervensystem.

Die Resultate dieser interessanten Arbeit werden von M. im Schlufswort folgendermafsen zusammengefafst: Es unterliegt keinem Zweifel, dafs das Virus der Gonokokken bei den Tieren, mit welchen er experimentierte, ganz bestimmte und deutlich ausgesprochene Veränderungen des Nervensystems erzeugt. Dieselben bestehen erstens in mannigfachen, näher beschriebenen Veränderungen der Zellen des Centralnervensystems und in deutlich ausgesprochenen Veränderungen seitens der Blutgefäfse dieses letzteren, wobei man weder eine Myelitis, noch Encephalitis im wahren Sinne des Wortes konstatiert. Zweitens bestehen sie in den Fällen von chronischer Intoxikation in deutlich ausgesprochener Degeneration der hinteren Stränge und hinteren Wurzeln des Rückenmarks und drittens in dem Auftreten parenchymatöser Neuritis in den peripheren Nerven. Gerade diese beiden letztgenannten Veränderungen sind ganz besonders charakteristisch für die Wirkung des Gonokokkentoxins. Die Versuche mit der kombinierten Intoxikation (Gonokokkentoxin + Streptococcus oder Bacterium coli) zeigten, dafs die Veränderungen des Nervensystems im allgemeinen denselben Charakter bewahren, wie nach dem Gonokokkentoxin allein, aber dafs sie früher und stärker auftreten.

M. ist weit davon entfernt, die von ihm experimentell gefundenen Erscheinungen ohne weiteres auf den Menschen zu beziehen. Sie haben nur Wert, sagt er, wenn man sie mit den klinischen Erfahrungen am Menschen vergleicht und in einer weiteren Arbeit stellt uns M. diese in Aussicht. *Arth. Jordan-Moskau.*

Die eitrige Epididymitis bei der Blennorrhoe, von Laurent. (*Journ. de Méd. et de Chir.* Mai 1901.) Verfasser hat eine Anzahl derartiger Fälle gesammelt. Der akute Verlauf derselben läfst die Affektion gewöhnlich leicht von der Tuberkulose unterscheiden, mit der sie allenfalls verwechselt werden konnten. Sofern der Abscefs auf den Nebenhoden beschränkt bleibt und sich nicht über die Vaginalis oder den Hoden verbreitet, bleibt die Prognose quoad functionem meist eine gute. Behandlung: Frühseitige Incision. *C. Müller-Genf.*

Die Blennorrhoe der weiblichen Geschlechtsorgane, von R. Kossmann-Berlin. (*Med. Woche.* 1901. No. 21 u. 22.) Aus der Abhandlung seien einzelne Gedankengänge herausgegriffen. Was die Frage betrifft, ob bei einem Cervixtripper stets die Schleimhaut des eigentlichen Uterus erkrankt, steht noch offen. Zwar hat man dafür eine vermehrte Empfindlichkeit und Vergrößerung der Gebärmutter angesprochen, aber Kossmann ist anderer Ansicht. Wie käme es auch, daſs dann die sensitive Cervix bei der Erkrankung keine Schmerzen, der viel geringer empfindliche übrige Gebärmutterteil aber schmerzhaft wäre. Verfasser glaubt, daſs die obigen beiden Befunde eher für eine Perimetritis sprechen. Wie wandern nun die Tripperkeime vom Cervikalkanal auf das Bauchfell über? Wahrscheinlich geschieht dies vermittels der peristaltischen Bewegungen des Geschlechtsweges von dem Orificium uteri externum her zu dem Ovarialende der Eileiter hin. Letztere entstehen sowohl durch den Reiz des Coitus, als durch masturbatorische oder ärztlich instrumentelle Eingriffe. Das rein blennorrhoische Peritonealexsudat gerinnt wegen seines Fibringehaltes rasch, weshalb bei Ruhelage und Stillstand des Darmtraktus eine weitere Ausbreitung an und für sich nicht zu erfolgen pflegt. Vielmehr tritt bald Abkapselung mit Sterben der Gonokokken ein. Diesem Vorteil steht der Nachteil gegenüber, daſs vermittels des zähen Sekrets leicht die Abdominalenden der Eileiter in ungünstiger Position, vielleicht mit anderen Bauchorganen verwachsen. Die akute Infektion der Urethralschleimhaut ist, wenn im primären Stadium zur Beobachtung kommend, mit absoluter Ruhe, mehrwöchiger Bettruhe zu behandeln, ebenso der akute Cervikaltripper. Erstere heilt meist glatt, letzterer geht auch ohne lokale Eingriffe trotz der beständigen Ruhe leicht in den chronischen Zustand über. Hier ist die örtliche Therapie indiziert: Argentum colloidale, Itrol, Argentum nitricum, Argentol, Protargol. Formaldehyd in Lösung erzielt auch gute Erfolge, kann aber wegen der Schmerzhaftigkeit seiner Anwendung nur in Narkose appliziert werden. Zur Vermeidung öfterer peristaltischer Aufwärtstransportbewegungen zieht Verfasser seltene Anwendung konzentrierter Mittel der häufigen dünner Lösungen vor. *Hopf-Dresden.*

Ichthargan bei Blennorrhoe, von Berthold Goldberg-Wildungen (Köln). (*Therap. Monatsh.* März 1902.) Verfasser berichtet über 100 mit Ichthargan behandelte Fälle von Blennorrhoe und faſst sein Urteil dahin zusammen, daſs das Mittel infolge einer glücklichen Vereinigung antiseptischer und antiphlogistischer Eigenschaften sich als ein sehr gutes Antiblennorrhoicum bewährt hat. Die Möglichkeit, bei starker Entzündung örtlich antiseptisch zu behandeln, die Möglichkeit, mit einem Mittel in geeigneter Variation allen Anzeigen bei akuter Blennorrhoe — Beseitigung der Reizerscheinungen, der Gonokokken, terminaler aseptischer Katarrhe, sekundärer Infektionen — gerecht zu werden, endlich die Möglichkeit, eine wirksame Selbstbehandlung des Trippers mit geringen Arzneikosten durchzuführen — all dies vereinigt bisher in sich nur das Ichthargan. *A. Loewald-Graudenz.*

Zur Ichthargan behandlung der Blennorrhoe, von Edmund Saalfeld-Berlin. (*Therap. Monatsh.* März 1902.) Auf Grund seiner Erfahrungen an 140 Fällen von Blennorrhoe der verschiedensten Stadien äuſsert sich Verfasser dahin, daſs in unkomplizierten, frischen Fällen, sowohl bei Irrigationsbehandlung (0,05—0,1 : 200,0), wie bei Irrigationsbehandlung (0,25—1,5 : 1000,0), Sekretion und Schmerzen bald nachlieſsen und die Gonokokken auffallend rasch verschwanden. Bei der Behandlung der hinteren Harnröhre (Spülungen mittels Nélaton-Katheters, Instillationen von 0,5—5%igen Lösungen) hebt Verfasser als besonderen Vorzug gegenüber anderen Mitteln die fast völlige Reizlosigkeit des Ichthargans hervor. Fast alle Fälle konnten bis zu völliger Heilung mit Ichthargan behandelt werden, ohne Anwendung anderer Mittel. *A. Loewald-Graudenz.*

Das Protargol bei der Behandlung der Blennorrhoe, von Kesjakoff. (*Wien. klin. Rundsch.* 1901. No. 44.) Bei 53 Blennorrhoen hat Verfasser die besten Ergebnisse mit Protargol erzielt, das er ganz nach Neisserscher Vorschrift anwendete. Er bekam folgende Resultate:

Die Gonokokken schwanden aus dem Ausflusse

nach	1	Woche	in	12%	der Fälle,
„	2	Wochen	„	18%	„ „
„	3	„	„	30%	„ „
„	4	„	„	20%	„ „
„	5	„	„	14%	„ „
„	6	„	„	6%	„ „

Verfasser bezeichnet das Protargol daher als das beste Mittel die Gonokokken zu vernichten, die entzündlichen Erscheinungen zu mildern. Es paßt in jedem Stadium.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Leitende Gesichtspunkte bei der Blennorrhoebehandlung, von Michaelis. (*Ärztl. Praxis.* 1901. No. 23.) Verfasser unterzieht sich der dankenswerten Aufgabe, in kurzen Zügen für den praktischen Arzt eine Übersicht zu geben, über das, was bei der Behandlung eines Trippers zu thun und das, was besser zu lassen ist.

F. Hahn-Bremen.

Über einige wichtige Punkte bei der Blennorrhoebehandlung sprach Scholtz im Verein für wissenschaftliche Heilkunde in Königsberg i. Pr. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1902. No. 9.) Die Zweigläserprobe genügt oft nicht für die Diagnose der hinteren Blennorrhoe, es muß die Irrigationsprobe angestellt werden. Die Häufigkeit der Prostatitis wird oft unterschätzt; die Prostata ist auch beim Fehlen subjektiver und objektiver Symptome miterkrankt, da entscheidet die mikroskopische Untersuchung des exprimierten Sekrets. Verfasser bespricht dann die Spermatocystitis und die paraurethralen Gänge. Bei der medikamentösen Therapie betont er die Wichtigkeit der prolongierten Injektionen, vor allem mit Silbersalzen, die Tiefenwirkung haben. Nach stattgehabter Einspritzung entnahm er der Harnröhre Sekret, das teils mikroskopisch untersucht, teils kulturell verarbeitet wurde. Blieben die Kulturen steril, während in den Präparaten sich noch Gonokokken fanden, so konnte man schließen, daß diese abgetötet waren. Chronische Urethritiden mit Filamenten bestehen oft bei Männern, ohne Infektionsgefahr zu bedingen und Behandlung zu erfordern.

F. Hahn-Bremen.

Verschiedenes.

Zur Errichtung eines

Medico-historischen Kabinetts

am germanischen Museum zu Nürnberg hat sich ein Komittee gebildet, das alle Kollegen, ärztliche Vereine etc. zu Beiträgen auffordert. Als Beiträge werden nicht nur Jahresbeiträge in Form von Geldspenden angenommen, sondern alle medizinischen Instrumente, Apparate, Bildwerke, Porträts, Bücher, Urkunden, Handschriften, Unterrichtsmittel etc. etc., die geeignet sind, die Entwickelung der deutschen Heilwissenschaft zu kennzeichnen. Die Unterzeichneten sind bereit, derartige Beiträge in Empfang zu nehmen. Hofrat Dr. med. Max Emmerich, Nürnberg, Westthorgraben 1.

Dr. med. Richard Landau, Nürnberg, Allersbergerstr. 43.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 35. No. 5. 1. September 1902.

Aus der k. k. Universitäts-Klinik Hofrat Prof. J. Neumann in Wien.

Paget's disease.

Von

Dozent Dr. Rudolf Matzenauer.

Mit einer Tafel.

Im Jahre 1874 beschrieb Sir James Paget in den *St. Bartholomew's Hospital Reports* unter dem Namen „On disease of the mammary areola preceeding cancer of the mammary gland" auf Grund von 15 Beobachtungen eine eigenartige Erkrankung der Brustwarze und des Warzenhofes, die seither infolge ihrer vielumstrittenen pathologischen Stellung allgemein nach ihrem Entdecker mit dem nichts präjudizierenden Namen „Paget's disease of the nipple" benannt wurde.

Die Erkrankung, welche zumeist Frauen zwischen 40 bis 60 Jahren befällt, beginnt mit einer ekzem-ähnlichen Affektion der Brustwarze und des Warzenhofes: die Haut ist hier erodiert, lebhaft gerötet und nässend; die Oberfläche ist glatt wie lackiert, manchmal mehr sammetartig fein gekörnt, oft bedeckt mit gelbbräunlichen Krusten; die so affizierte Hautpartie ist meist scharf kreisförmig abgegrenzt und ist gewöhnlich bei längerem Bestande durch eine pergamentartige Induration ausgezeichnet.

Die Erkrankung verursacht meist keine nennenswerten subjektiven Beschwerden; gelegentlich besteht stärkerer Juckreiz oder Gefühl von Brennen. Wiewohl die wunde nässende Fläche, die in diesem Stadium gewöhnlich als ein chronisches Ekzem imponiert, stellenweise zeitweilig zur Überhäutung kommen mag, ist doch die übliche Ekzemtherapie mit Salben und Teerpräparaten dagegen machtlos: Die Affektion breitet sich unaufhaltsam im Lauf von Jahren allmählich weiter aus, die Mammilla retrahiert sich und schliefslich bildet sich in allen Fällen Carcinom der Brust- und der benachbarten Lymphdrüsen aus.

Dieses auffällige Krankheitsbild, welches scheinbar mit einem jahrelang persistierenden Ekzem einsetzt und regelmäfsig zur Krebsbildung führt, wurde bald von anderen Autoren vielfach bestätigt und ergänzt, so

von Butlin, Thin, Duhring, Wile, Vidal, Hallopeau, Besnier, Audry, Du Castel, Kracht, Lustgarten, Lindt, Shoemaker u. a. In dem von Jamiesson mitgeteilten Falle dauerte die Erkrankung seit 20 Jahren und hatte sich über die ganze Brust und Achselhöhle verbreitet; ebenso wird der Beginn der Erkrankung in dem von Schultén abgebildeten, gleichfalls über Brust, Schulter und Bauch ausgedehnten Falle auf 20 bis 30 Jahre rückdatiert. Forest beobachtete das Leiden bei einem Mann (mit krebsig entarteten Axillardrüsen), Crocker und Wickham am Scrotum, Pick und Tommasoli am Penis, Darier und Couillaud an der Regio perineo-analis und an der Scrotalhaut, Ravogli angeblich an der Nase und am rechten Augenwinkel. Nach Brocq tritt die Erkrankung häufiger an der rechten als an der linken Brustseite ein.

Die Affektion gewann bekanntlich bald das regste pathologisch-anatomische Interesse, als Darier 1889 dabei für die Erkrankung eigentümliche und charakteristische Zellformen beschrieb: kugelige Gebilde mit einem bläschenförmigen Kern und einem hellen, stark lichtbrechenden Mantel, die coccidienähnlich teils zwischen den Epithelzellen, oft auch innerhalb derselben liegen und einen pathognomonischen Befund für Paget's disease bilden sollten in gleicher Weise wie die analogen Gebilde bei Psorospermose folliculaire végétante. („Une nouvelle forme de psorospermose cutanée ou maladie de Paget.") Diese Anschauung, die fraglichen Gebilde als Psorospermien und als ursächliche Erreger der Affektion zu deuten, fand namentlich in Wickham einen eifrigen Vertreter, und bald pflichteten derselben Auffassung auch andere Autoren bei, wie Remy und Vanderlinden, Diday, O'Neill, Bowlby, Ravogli, Barduzzi, Larini u. a.

Sehr bald jedoch wurden die fraglichen Gebilde ihrer parasitären Natur entlarvt und als Degenerationsformen von Zellen und als Zelleinschlüsse erkannt. Nach den exakten histologischen Untersuchungen von Unna, Karg, Török, Ehrhardt, Benjamins u. a. ist diese Frage erledigt, so daß heute Darier selbst seine ursprüngliche Auffassung fallen gelassen hat.

Dagegen harrt eine andere vom klinischen wie anatomischen Standpunkt aus interessante Frage der endgiltigen Erledigung. Jarisch läßt die Frage offen: „Handelt es sich um eine Erkrankung, der von vornherein die Bedeutung eines Carinoms innewohnt (Thin, Vidal), und um die oberflächlichste Form desselben (Karg, Török, Tommasoli), oder um eine dem Krebs nahestehende aber nicht identische Krankheit (Schultén), oder um ein sowohl vom Krebs als vom Ekzem verschiedenes, eigenartiges Leiden, welches nicht direkt oder mit Notwendigkeit zum Carcinom führt, aber doch den Boden für dasselbe vorbereitet?" Mit anderen Worten: besteht Paget's disease aus zwei klinisch und pathologisch-anatomisch differenten

Erkrankungen: aus einem chronischen Ekzem und dem später folgendem Carcinom? Ist die Aufeinanderfolge dann etwa in der Art zu begreifen, wie in den Fällen von Carcinom auf lupöser Basis?

Wenn das erste Stadium bei PAGETS disease ein echtes Ekzem ist, so mufs doch offenbar nicht ein Carcinom sich entwickeln; wir sehen ja tausendfach chronische Ekzeme andernorts jahrelang bestehen oder auch abheilen, ohne dafs Carcinom sich daran anschliefst. Und wenn kein Carcinom bei PAGETS disease sich noch entwickelt hat, haben wir dann eine Berechtigung von PAGETS disease überhaupt zu sprechen? Warum bleiben wir dann nicht bei der Bezeichnung Ekzem? Die Sucht nach neuen Namen hat doch noch nicht so weit geführt, dafs dieselbe Krankheit an verschiedenen Körperstellen einen verschiedenen Rufnamen erhalten hat! Die Frage spitzt sich also dahin zu: sind wir in der Lage, aus den klinischen Erscheinungen die Diagnose PAGETS disease im Frühstadium mit seinen Konsequenzen gegenüber chronischem Ekzem aufrecht zu erhalten? Ist klinisch und pathologisch-anatomisch eine Differentialdiagnose zwischen Ekzem und PAGETS disease in seinem Frühstadium *vor* der carcinomatösen *Geschwulstbildung* in der Mamma und in den Axillardrüsen möglich?

Ist diese Forderung erfüllt, dann mufs zugegeben werden, dafs das scheinbar ekzematöse Vorstadium bei PAGETS disease kein echtes Ekzem ist, sondern zunächst eine andere Erkrankung.

In der Sitzung vom 10. Januar 1900 der Wiener dermatologischen Gesellschaft habe ich die Ehre gehabt, aus der Klinik Hofrat Prof. NEUMANN eine 54jährige Frau mit PAGETS disease vorzustellen, die wenige Tage vorher an unserer Klinik zur Aufnahme kam.

Rings um die rechte Mammilla bestand eine kreisrunde, flachhand grofse, lebhaft rote und saftig glänzende glatte Geschwürsfläche, von welcher beständig klares Serum absickerte. Der Rand ganz leicht eleviert, scharf gegen die normale Haut abgesetzt, ohne entzündlichen Hof. Die ganze Wundfläche von pergamentartiger Resistenz. Die Mammilla selbst wird nur durch ein leicht vorspringendes Knötchen markiert, das aber in die grosse Wundfläche aufgegangen ist. Die Drüsen in axilla nicht vergröfsert.

Die Affektion, welche keine Schmerzen, kein Jucken verursacht, besteht seit drei Jahren und begann angeblich mit einer kleinen, nässenden, wunden Stelle, die sich mit Krusten bedeckte. Seit einem Jahre verschiedene Salben- und Teerbehandlung.

Ich habe bei der Aufnahme der Patientin in unserem Ambulatorium nicht einen Augenblick gezögert, sofort die Diagnose auf Carcinom und zwar PAGETS disease zu stellen, ohne die Geschwürsfläche zu palpieren oder auf Drüsen in der Achselhöhle zu untersuchen: Vom Ekzem unterscheidet sich die Affektion ja schon durch die scharfe Begrenzung, das

Fehlen von Entzündungserscheinungen in der Umgebung, von Knötchen, Bläschen oder Pusteln, Fehlen von Jucken und Kratzeffekten; die flache, plattenartige Induration ist ohne Palpation schon fürs Auge allein kenntlich, ebenso wie man die Härte einem syphilitischen Primäraffekt ansieht.

Vom Gumma unterscheidet sich die Affektion durch ihre Oberflächlichkeit, durch die lebhaft rote Farbe, durch den Mangel eines eigentlichen tieferen Infiltrates oder tieferen Geschwürsprozesses, durch das Fehlen von Narben nach bereits ausgeheilten Knoten, und durch den nahezu kreisrunden Kontur gegenüber der meist polycyklischen Begrenzung konfluierter Hauptgummen.

Mit Lupus vulgaris, Lupus erythematosus oder mit Psoriasis vulgaris (Schultén) scheint mir eine Verwechslung wohl nicht leicht möglich und daher eine Differentialdiagnostik überflüssig.

Unter dem Namen Ulcus rodens begreift man flache Plattenepithelkrebse, die mit serpiginösen Rändern weiterkriechen, während gleichzeitig die ursprünglich befallenen Hautpartien übernarben; bei Paget's disease ist dagegen die ganze affizierte Hautfläche lebhaft gerötet und nässend, wenngleich an einzelnen inselförmigen Stellen eine zeitweise Überhäutung auftritt. Der Rand des eigentlichen Ulcus rodens ist entweder leicht aufgeworfen, derb, grobhöckerig, kann aber auch, ganz wie bei Paget's disease flach oder nur kaum merklich über die angrenzende normale Haut eleviert sein.

Weiland Hofrat Prof. Kaposi stimmte sofort bei, daſs die von mir vorgestellte Affektion das ist, was man als Paget's disease zu bezeichnen pflege, und demonstrierte im Anschluſs daran sogleich Abbildungen und Moulagen aus seiner Klinik von ganz analogen Fällen. Doch legte er zugleich entschieden Verwahrung dagegen ein, daſs ich diese Affektion als Paget's disease bezeichnet hatte und vom Ekzem abzugrenzen versuchte; seiner Überzeugung nach sei dieses Stadium des sogenannten Paget's disease als wahres Ekzem zu betrachten; ob dieses abheilen oder Carcinom zur Folge haben werde, könne niemand voraussagen, ebensowenig wie man von einem Lupus oder einer Psoriasis mucosae oris syphilitica im voraus wissen könne, ob sich auf deren Basis einmal Carcinom entwickeln werde. Der zu irrtümlichen Vorstellungen leicht veranlassende spezielle Name Paget's disease sei daher besser völlig fallen zu lassen. Kaposi empfahl dementsprechend weitere Teerbehandlung.

Nachdem die Affektion an unserer Klinik noch weitere zwei Monate mit Teer und Salben umsonst behandelt war, wurde endlich auf der chirurgischen Abteilung Prof. Mosetig-Mooshof die Ablatio mammae vorgenommen. Dreiviertel Jahre später muſste die Patientin abermals operiert werden wegen ausgedehnter carcinomatöser Drüsen in der Axilla.

Zur selben Zeit stand eine zweite Frau mit Paget's disease in

geringerer Ausbreitung in unserer ambulatorischen Behandlung. Auch in diesem Falle begnügte man sich anfangs mangels Achseldrüsenschwellung mit der bloßen Ablatio mammae; aber auch hier kam es ein halbes Jahr später zur Carcinom-Recidive und zwar sowohl in der Schnittnarbe als auch in den benachbarten Lymphdrüsen.

Ich habe mehrere Jahre vorher als Operateur der chirurgischen Klinik Hofrat Prof. Gussenbauer einen von diesem diagnostizierten, analogen Fall von Paget's disease bei einem Mann gesehen.

Nach Gussenbauer, welcher bekanntlich das Carcinom zu den infektiösen Geschwülsten rechnet, gibt das lange persistierende chronische Ekzem die Eintrittspforte für die Infektion mit Carcinom ab.

Die Mammilla war nabelförmig eingezogen, die Haut mit dem darunter liegenden Musculus pectoralis verwachsen, Achseldrüsen nicht merklich vergrößert. Mit der ihm eigenen Gründlichkeit hat Gussenbauer gleichzeitig mit der Ablatio mammae und dem Abpräparieren des infiltrierten Muskels auch die Ausräumung der Achselhöhle sowie aller erreichbaren Infraclaviculardrüsen vorgenommen: eine Recidive ist meines Wissens nicht eingetreten.

Meine drei eigenen Beobachtungen beweisen, daß es in jedem Falle unschwer möglich war, Paget's disease als ein besonderes Krankheitsbild zu erkennen und von einem gewöhnlichen chronischen Ekzem zu unterscheiden.

Kaposi betonte ja selbst wiederholt nachdrücklich gelegentlich meiner Krankendemonstration, es sei zweifellos das als Paget's disease bekannte Krankheitsbild: dieses besitzt folglich doch Merkmale, durch welche es sich ohne weiteres sofort von einem gewöhnlichen Ekzem unterscheidend charakterisiert!

Diese Möglichkeit der Unterscheidung zwischen Frühstadium von Paget's disease und Ekzem beweist natürlich die Verschiedenartigkeit beider Erkrankungen. Ist es nun, wie Unna meint, ein sowohl vom Krebs als vom Ekzem verschiedenes eigenartiges Leiden, oder aber ist es von vornherein ein primärer Hautkrebs?

Die Entscheidung dieser Frage ist von eminent praktischer Bedeutung, zumal in letzterem Falle die operative, radikale Beseitigung der Affektion in möglichst frühem Stadium gefordert werden muß.

Schneidet man mit dem Messer mitten durch die affizierte, scheibenförmige Hautpartie senkrecht zur Oberfläche durch, so erscheint auf der Schnittfläche, entsprechend der pergamentig derben Oberfläche eine ein bis mehrere Millimeter dicke, mattweiße, starr infiltrierte, plattenartige Zone: darunter normales Gewebe; im Centrum (in der Umgebung der retrahierten Mammilla) ist das plattenartige Infiltrat am breitesten, an den Randpartien papierdünn. An den gefärbten Schnitten zur histologischen

Untersuchung erkennt man schon makroskopisch, dafs diese Platte aus zwei Schichten verschiedener Gewebselemente besteht: einer oberflächlichen, epithelialen Schichte und einem daran anschliefsenden, dunkler gefärbten Zellinfiltrat; ein Papillarkörper ist weder unter der epithelialen, dem verbreiterten Rete Malpighii entsprechenden Schichte, noch unter dem gesamten plattenartigen Infiltrat zu erkennen. Die mikroskopische Untersuchung bestätigt diesen auffälligen Befund, dafs unter der oberflächlichen epithelialen Zone unmittelbar ein dichtes Zellinfiltrat anschliefst, welches an Stelle des Papillarkörpers liegt und diesen scheinbar substituiert hat. Dieses Zellinfiltrat ist um das 3 bis 4fache breiter als die oberflächliche epitheliale Schichte namentlich in den mittleren Anteilen der afficierten Hautpartie. Die epitheliale Bekleidung, welche an den Randpartien nur um einzelne Zelllagen des Rete Malpighii vermehrt ist, nimmt gegen die Mitte der Affektion eine ziemlich mächtige Dimension an, so dafs sie in der That eine Breite von 1 mm und noch etwas mehr beträgt. Das darunter liegende Zellinfiltrat erreicht dementsprechend in den mittleren Partien ein Dicke von 3 bis 4 mm; an den Randpartien verflacht es sich allmählich. — V. Ehrhardt machte in seiner ausgezeichneten Studie über Paget's disease darauf aufmerksam, dafs man sich über die Lage dieses subepithelialen Zellinfiltrates besonders orientiert an Schnitten, welche auf elastische Fasern nach Unna-Taenzer oder mit Weigert'schem Resorcin-Fuchsin gefärbt sind (Vorfärbung mit Lithion-Carmin oder Doppelfärbung mit Hämalaun). Denn da das elastische Gewebe in den Cutispapillen mit zahlreichen feinsten Fasern bis dicht an die Epidermis hinanreicht, giebt das subepitheliale elastische Faserwerk das getreue Spiegelbild des Papillarkörpers und markiert so die Grenze zwischen Cutis und Epidermis. An den Randpartien sieht man nun bei Paget's disease die elastische Grenzzone von der Epidermis in spitzem Winkel abgehoben und in denselben schiebt sich keilförmig das erwähnte Zelleninfiltrat dazwischen. In den mittleren Partien der Affektion liegt also, von der Oberfläche nach der Tiefe vorgehend, unter der verbreiterten epithelialen Schichte ein 3 bis 4 mal so dickes, bandförmiges Zelleninfiltrat, dann erst folgt das wellig begrenzte elastische Gewebe mit dem darunter liegenden, fast normalen eigentlichen Cutisgewebe.

Dieses subepitheliale Zelleninfiltrat ist nach Unna selbst „das exquisiteste Plasmom, welches man finden kann. Alle Plasmazellen sind von fast gleicher Gröfse und zeigen gar keine Umwandlungen in aufgehellte oder Riesenzellen. Dieses Plasmom erinnert an dasjenige, welches häufig längere Zeit den Beginn einer Krebsbildung einhüllt, bevor noch die rapide Einwucherung begonnen hat. Man kann es mit Karg auch geradezu als einen Wall gegen die Krebswucherung betrachten. Seine Existenz allein würde schon hinreichen, die Annahme einer ekzematösen Natur der

Pagetschen Krankheit unmöglich zu machen; ein solches Plasmom ist mit dem Begriff eines gewöhnlichen Hautkatarrhs unvereinbar". Hervorgehoben zu werden verdient noch der aufserordentliche Reichtum dieses Plasmoms an Mastzellen, welche besonders bei sofortiger Alkoholkonservierung der Präparate und Färbung der Schnitte mit polychromem Methylenblau leuchtend rot hervortreten, so dafs das ganze Zelleninfiltrat ein auffallend buntes Aussehen gewinnt.

Die Veränderungen an den Epithelien waren zu oft Gegenstand sorgfältigster Studien und ausführlicher Mitteilungen, so dafs ihre verschiedenen Entwicklungsetappen und Erscheinungsformen zu den bestbekannten gezählt werden dürfen. Kurz resumiert mag hier nur werden, dafs nach Unna, Thin, Duhring und Wile, Karg, Ehrhardt „die wichtigste Veränderung auf einer eigentümlichen Degeneration der Stachelzellen beruht, die man als eine besondere Art von epithelialem Ödem bezeichnen kann". Das Zellenödem bedingt den Verlust der Epithelfaserung und der Stacheln, sowie des Keratohyalins und erklärt die mangelhafte Verhornung an der Oberfläche. „Fixationsmittel, wie der von Wickham benutzte Alkohol, die stark schrumpfend auf die weichen Zellen wirken", rufen leicht täuschende Bilder hervor, die als Psorospermien, coccidienähnliche Gebilde, encystierte Carcinomerreger etc. gedeutet worden sind; man vermisst diese in der Regel bei Fixation der Präparate in Müller-Formol-Lösung oder Sublimat; das häufige Auftreten von Mitosen spricht direkt gegen die Coccidiennatur derselben, zumal bei derselben Zellart neben der Vermehrung durch karyokinetische Teilung nicht noch Sporenbildung vorkommt.

Verfolgt man nun die Beziehungen der vom Rand nach der Mitte hin allmählich anwachsenden Epithelwucherung und der subepidermoidalen Granulationswucherung, so ist speziell an den Randpartien ein direktes Hineinwuchern des einen in das andere stellenweise wohl nachweisbar. In den mittleren und centralen Partien reichen Epithelzapfen und -Stränge, teils mit dem Oberflächenepithel in unmittelbarem Zusammenhang stehend, teils von demselben abgeschnürt als Carcinomnester bis weit in die Tiefe; häufig sieht man hier epitheliale Zellstränge in ganz geradem Verlauf senkrecht gegen die Tiefe ziehen, so dafs sie Lymphbahnen oder Blutgefäfsen zu folgen scheinen und dabei in die voraneilende Granulationswucherung sich hineinschieben; aber auch umgekehrt gewahrt man mitten im epithelialen Lager des verbreiterten Rete Malpighii inselförmig abgeschnürte Herde von Granulationszellen.

Die geschilderte allmähliche Verbreiterung der Epithelschichte vom Rand nach dem Centrum und das Auswachsen epithelialer Zapfen und Stränge in die Tiefe mit schliefslicher Abtrennung von richtigen Carcinomnestern, pafst absolut nicht zur Vorstellung eines primären Ekzems, aus

welchem später Carcinom sich entwickelt; der Vorgang lässt wohl nur die eine Deutung zu, welche schon KARG, BENJAMINS und EHRHARDT ausgesprochen haben, dafs PAGETS disease von allem Anfang an ein primäres Hautcarcinom ist.

Litteratur.

AUDRY, Note sur un cas de maladie de PAGET. *Ann. de Derm. et de Syph.* S. 644.

BENJAMINS, PAGETS disease of the nipple. *Nederl. Tijdschrift.* 1898.

BILLROTH, Die Krankheiten der Brustdrüsen. Stuttgart 1880.

BOWLBY, A., Thirteen cases of PAGETS disease of the nipple with special reference to the causation of the malady by psorosperms. *Med. chir. Transact.* S. 341.

BROCQ, Traitement des maladies de la peau. Paris 1892. S. 714.

BUTLIN, On the minute anatomy of two cases of carcinoma of the breast preceeded of Ekzema of the nipple. *Med. chir. Transact.* 1877. Bd. LX.

CROCKER, R., PAGETS disease of the scrotum. *The Lancet.* 1888.

DARIER, Sur une nouvelle forme de Psorospermose ou maladie de PAGET. *Comptes rendues de la société de Biologie.* 1889.

— Note sur l'anatomie patholog. de la maladie dite „Psorospermose folliculaire végétante". *Ann. de Derm. et de Syph.* 1896. S. 742.

— Maladie de PAGET. *Le Musée de l'hôpital St. Louis.* Fasc. XXXVIII.

DARIER et COUILLAUD, Sur un cas de maladie de PAGET de la region périnéo-anale et scrotale. *Ann. de Derm. et de Syph.* 1893.

DIDAY, Nouvelles contributions à la maladie de PAGET. *Lyon méd.* No. 34, S. 579.

DU CASTEL, Maladie de PAGET. *Soc. de Derm.* 14. XI. *Annales.* S. 1015.

DUHRING and WILE, On the pathologie of PAGETS disease. *Americ. Journ. of the med. sciences.* 1884.

EHRHARDT, Über PAGETS disease. *Zeitschr. f. Chir.* 1900. Bd. 54.

JAMIESSON, Diseases of the skin. 1889.

JARISCH, Die Hautkrankheiten. Wien 1900. *Nothnagels Handb. der spec. Patholog. u. Therap.*

KAPOSI, Lehrbuch der Hautkrankheiten.

KARG, Über das Carcinom. *Zeitschr. f. Chir.* 1892. Bd. 34.

KRACHT, Fall von PAGETscher Krankheit. *Derm. Zeitschr.* S. 496.

LARINI, Morbo di PAGET. *Commentario clinico delle malattie cutanee e genito-urin.* 1894. No. 4.

LINDT, R., Über PAGETS Krankheit. *Mitteil. aus den Kliniken u. med. Instituten der Schweiz.* Basel 1894.

LUSTGARTEN, PAGETS disease. *Journ. of cut. and genit.-urin. dis.* 1897. S. 87.

MATZENAUER, Fall von PAGETS disease. Verhandl. d. Wien. derm. Ges. 10. Jan. 1900. Ref. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1900.

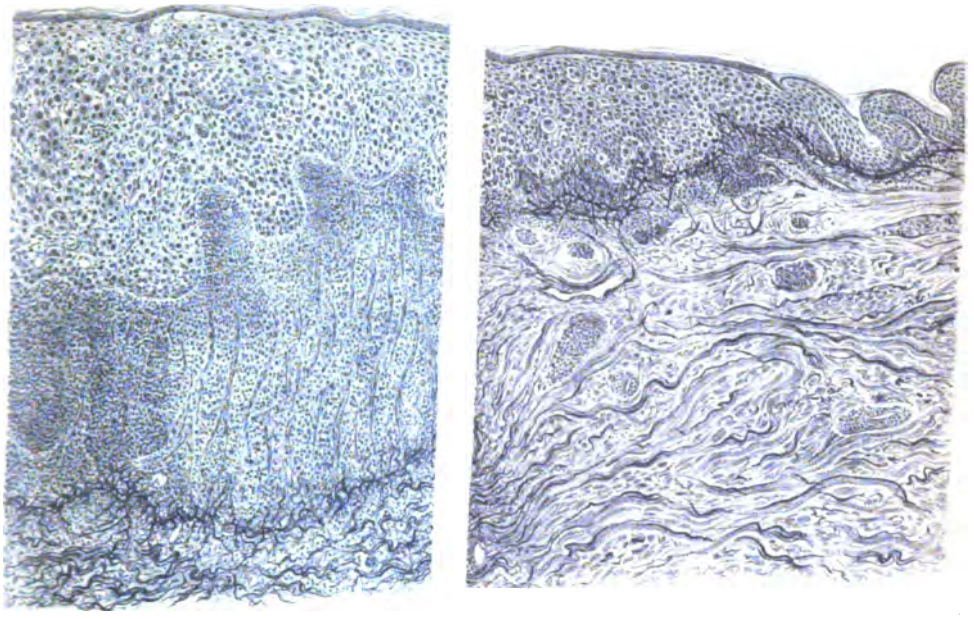
O'NEILL, H., Report of a case of PAGETS disease of the right nipple. *Brit. Journ.* 18. April 1890. S. 846.

PAGET, On disease of the mammary areola preceeding cancer of the mammary gland. *St. Bartholomews Hospital Rep.* 1874.

PICK, *Dtsch. med. Ztg.* 1891.

RAVOGLI, Die Ätiologie der PAGETschen Krankheit. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1894. Bd. XIX.

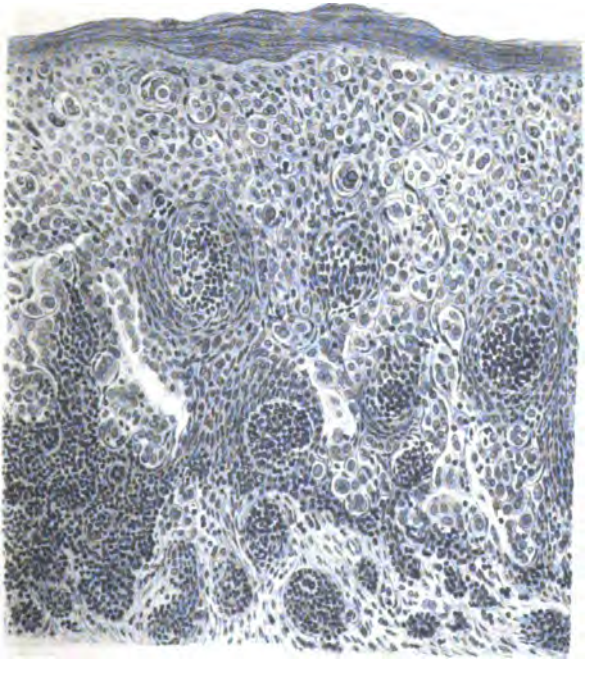
REMY et VANDERLINDEN, Psorospermose du sein ou maladie de PAGET. *Annal. de la soc. de médecine de Gand.* Sept. 1889.



B. *A.*

Fig. 1.

Fig. 2.



Lith. Anst. Gebrüder Kleukhardt Leipzig

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig).

Schultéss, Über Paget's disease of the nipple. *Arch. f. klin. Chir.* 1894.
Shoemaker, Paget's disease. *Journ. of cutan. and genit.-urin. dis.* 1893. S. 208.
Thin, Malignant papillary dermatitis of the nipple and the breast. *Brit. med. Journ.* 1881.
Török, Die protozoënartigen Gebilde des Carcinoms und der Paget'schen Krankheit. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1893. Bd. XVI.
Tommasoli, Contributo allo studio dell' epithelioma epidermico (malattia di Paget della verge). *Giorn. ital. delle malatt. ven. e d. pelle.* 1893. Bd. 28.
Unna, Paget's Carcinom der Brustwarze. *Histopathol. d. Hautkrankh.*
Wickham, Maladie du mamelon, dit de Paget. *Ann. de Derm. et de Syph.* 1890.
— Anatomie pathol. et nature de la maladie de Paget. *Arch. de méd. expérim.* 1890.

Tafelerklärung.

Fig. I, A zeigt das Anfangsstadium von einer Randpartie: zwischen das wesentlich verbreiterte Epithellager und die elastischen Fasern des Papillarkörpers schiebt sich keilförmig ein der Hauptmasse nach aus Plasmazellen bestehendes Zellinfiltrat.

Fig. I, B. Die elastischen Fasern des Papillarkörpers sind durch ein massiges Plasmom weit vom wuchernden Epithel nach der Tiefe abgedrängt.

Fig. II zeigt dieselbe Randpartie wie *Fig. I, A* bei stärkerer Vergrößerung und Hämatoxylin-Eosin-Färbung, und bringt das Ineinanderwachsen des wuchernden Epithels und des Granulationsgewebes zur Anschauung.

Aus dermosyphilopathischen Klinik der kgl. Universität Parma.
Dirigiert von Prof. Mibelli.

Über das Vorkommen von Geißeln beim Rhinosklerombacillus und über die Agglutinationserscheinungen desselben.

Von

Dr. A. Pasini.

Mit einer Abbildung im Text.

Mit der Morphologie und Züchtung des Rhinosklerombacillus haben sich unter anderen hauptsächlich Frisch, Pellizzari, Cornil und Alvarez, Paltauf und Eiselberg, Dittrich, Mibelli einläßlich beschäftigt.

Was aber zunächst die morphologischen Eigenschaften des Pilzes von Frisch anbelangt, so hat niemand darauf geachtet, ob derselbe mit Geißelfäden versehen sei. Nur Migula erwähnt das Vorhandensein von einigen „Pseudogeißeln", welche sich brückenartig von einer Kapsel zur anderen erstrecken, wenn die Mikroorganismen sehr zahlreich sind. Dies wird aber mit den gewöhnlichen Färbemethoden konstatiert. Die kleinen Bewegungen, welche der Bacillus in der ihn umgebenden Flüssigkeit veranlaßt und welche man bei starker Vergrößerung in Präparaten mit

hängendem Tropfen beobachten kann, brachten mich auf den Gedanken, nachzusuchen, ob diese Bewegung eventuell durch Geifseln verursacht sei, und das Resultat meiner Untersuchungen fiel positiv aus.

Ich benutzte zu meinen Experimenten frische Agarkulturen, welche von einer gegenwärtig in der Klinik behandelten Patientin herrührten, sowie ein bis drei Monate alte Laboratoriumkulturen von derselben Patientin. Durchwegs verschafften mir die Aussaaten mit Material aus den tiefliegenden Geweben der Rhinoskleromknoten und der morphologische sowie bakteriologische Befund der Untersuchung dieses Mikroorganismus die Gewifsheit, dafs es sich um den Bacillus von Frisch handle. Zur Färbung benutzte ich die Methode von De Rossi, die ich schon zuvor mit gutem Resultate bei der Färbung anderer mit Geifseln versehenen Mikroorganismen angewendet hatte. Die Deckgläschen werden in gewohnter Weise in Schwefelsäure gekocht und wiederholt durch die Flamme gezogen. Das mit Wasser verdünnte, frischen Agarkulturen entnommene bakterienhaltige Material wird auf denselben ausgebreitet. Die Färbung der Bacillen und Geifseln wird erhalten, indem man auf das unfixierte Gläschen einen Tropfen der Tannin-Kalilaugelösung (25,0 Gerbsäure werden unter Erhitzen in 100,0 einer wässerigen 1 %oigen Lösung von Kalilauge gelöst) und 4 bis 5 Tropfen der gewöhnlichen 0,25 %oigen Ziehlschen Lösung giebt. Die Färbung erfolgt in 15 bis 25 Minuten. Der Einfachheit halber kann man gleichzeitig drei bis vier Gläschen färben. Sodann werden die Gläschen, behufs Entfernung der Niederschläge reichlich in destilliertem Wasser gewaschen. Schliefslich werden sie in Balsam aufbewahrt.

Verfährt man genau nach dieser Methode, so erhält man konstante und sichere Resultate.

In Präparaten aus frischen Agar-, Glycerin-Agar- und Serum-Agar-Kulturen erscheinen die Bacillen lebhaft rot gefärbt, als leicht lichtbrechende Körper, die von einer intensiver rot gefärbten Kapsel umgeben sind (Fig. 1). Von dieser letzteren gehen Geifselfortsätze aus, welche über die ganze Kapseloberfläche unregelmäfsig zerstreut liegen. Ihre Länge beträgt 0,1 bis 0,3 μ, ihre Dicke 0,2 bis 0,3 μ. Der Verlauf dieser Geifseln, welche niemals die Länge des Bacillus übertreffen, ist ein gewundener.

Wie bei den Ciliaten die Cilien Erzeugnisse des Ektoplasma sind, stammen sie auch beim Rhinosklerombacillus von der Kapsel ab und es läfst sich leicht erkennen, dafs die Geifseln nicht die Kapselmembran durchdringen, um zu dem Bacillus zu gelangen, sondern die Membran geht unmerklich in die Geifsel über.

Über analoge Befunde berichten Migula für den Bacillus Ehrenberg-Kohn nach der Methode von Löffler und Günther für den Cholerabacillus.

Auf Präparaten von drei, vier und mehr Tage alten Kulturen vermochte ich die rasch eintretenden regressiven Phasen zu verfolgen, welche der Bacillus in seinen Kulturen eingeht.

In drei und vier Tage alten Agarkulturen erscheinen die Geifseln bedeutend verlängert und erreichen die doppelte und dreifache Länge des Bacillus, wodurch sie sich als wirkliche Geifseln zu erkennen geben (Fig. 2). Die Dicke der Cilien bleibt dagegen unverändert; sie erscheinen geschlängelter und verlaufen meist in einer zum Bacillus seitlichen Richtung. Diesen Verlauf hat aber der Rhinosklerombacillus mit anderen Bakteriengruppen gemein, so dafs diese Lagerung wahrscheinlich von Strömungen in der Flüssigkeit abhängt, in welcher der Bacillus suspendiert liegt. In denselben Präparaten konstatiert man ferner, dafs viele Bacillen die

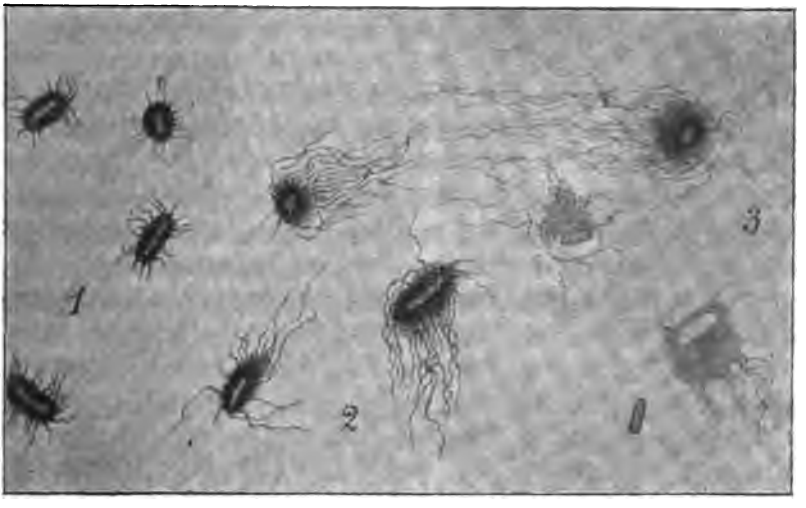


Fig. 1. Kultur auf Glycerin-Agar. 20 Stunden nach der Aussaat.
Fig. 2. Kultur auf Agar. 3 Tage nach der Aussaat.
Fig. 3. Auf Glycerin-Agar. 14 Tage alte Kultur.
Okular 4 Koristka. Ölimmersion 1—12. Zeiss. Camera lucida Koristka.
Höhe des Fufses des Mikroskops: 34 cm.

scharfen Konturen der Kapsel verloren haben, welche nunmehr einen helleren Hof mit verschwommenen Nuancen aber noch scharfen Konturen bildet, aus dem die Cilie ihren Ursprung nimmt. Da, wo viele Bacillen nebeneinander liegen, erscheint dieser periphere Hof deutlicher und die von ihm ausgehenden Cilien sind viel zahlreicher.

In Präparaten von 10, 15, 20 Tage alten Kulturen sind die regressiven Erscheinungen noch ausgesprochener. Die Cilien nehmen an Länge zu und erreichen das fünffache derjenigen des Bacillus selbst (Fig. 3). Die

Kapsel ist bald mehr bald weniger in ihrem ganzen Umfange entfärbt, vergröfsert, zuweilen im Centrum vom Bacillus losgetrennt. Zuweilen sieht man aufserordentlich aufgetriebene, schwach gefärbte, unregelmäfsig geformte Kapseln, die noch stellenweise Cilien führen und in deren Centrum eine Vakuole zu sehen ist, welche die Stelle des verschwundenen Bacillus eingenommen hat, dessen Konturformen noch erhalten sind. Daneben finden sich freie Bacillen ohne Kapseln.

In Präparaten von ein, zwei, drei Monate alten Kulturen auf Glycerin-Agar, einfachem Agar und Serum-Agar vermochte ich nirgends weder Kapseln noch Cilien nachzuweisen. Derselbe freie Mikroorganismus hatte, wie dies schon andere Beobachter konstatiert, geringere Dimensionen als unter normalen Umständen und erschien gekörnt und wie aufgelöst. Weitere Aussaaten mit diesem Material ergaben ein sehr spärliches Wachstum und war es mir auch an demselben nicht möglich, Kapseln oder Cilien nachzuweisen. Ganz deutlich waren dagegen diese in blofs 10 bis 14 Tage alten Kulturen zu sehen.

Zum Vergleiche versuchte ich auch die Methoden von Van Ermengen, Löffler, Nicolle und Morax, Lustig, aber die Resultate erwiesen sich als ganz ungenügend.

Meine Untersuchungsresultate gestatten mir also folgende Schlufsfolgerungen zu ziehen: Der Kapselbacillus von Frisch ist mit Cilienfortsätzen versehen, welche aus der Kapsel entspringen. Derselbe geht in Kulturen eine rasch ablaufende regressive Metamorphose ein, welche ihn in einem Zeitraume von 15 bis 20 Tagen sowohl der Kapsel als der Cilien beraubt. In dieser letzteren Thatsache liegt auch die Erklärung des Umstandes, dafs sich die Kapsel in mehr als 20 Tage alten Kulturen nach den gewöhnlichen Färbemethoden nicht mehr färben läfst.

Entsprechend der Ansicht von Dittrich, Mibelli, Ducrey, Mazza, Wilde bildet das Vorkommen von Cilien beim Rhinosklerombacillus ein Unterscheidungsmerkmal dieses letzteren vom Friedländerschen Bacillus.

Bei dieser Gelegenheit wollte ich auch das Agglutinationsvermögen des Bacillus von Frisch prüfen, womit sich meines Wissens nur Kraus und Mantegazza beschäftigt haben. Der erstere erhielt sechs positive Resultate von zwölf, der letztere, der mit retroplacentarem Blute vom Menschen und mit Tierblut Versuche anstellte, gar keine.

Mir selbst gelang es mit dem Blutserum der Rhinosklerompatientin in Präparaten mit hängendem Tropfen aus 24 Stunden alten Bouillonkulturen innerhalb 10 bis 15 Minuten und zwar bereits mit einem auf 10% verdünntem Serum das Phänomen der Agglutination hervorzurufen. Am raschesten trat die Erscheinung auf bei Anwendung eines 25%igen

Serums, indem hier 5 Minuten genügten. Auch makroskopisch läfst sich die Erscheinung nachweisen, indem man zu 5 ccm Kulturbouillon vier Tropfen Blutserum giebt, unter Schütteln des Reagensglases bei einer Temperatur von 30 bis 35 Grad während 30 Minuten.

Dasselbe Resultat erhielt ich mehr oder weniger deutlich auch bei Anwendung von Ascites- oder pleuritischem Exsudat, sowie auch von Blutserum anderer mit Hautaffektionen behafteten Patienten.

Das Phänomen der Agglutination bildet also für den Rhinosklerombacillus keine charakteristische Erscheinung.

Übersetzt von C. Müller-Genf.

Litteratur.

Frisch, *Wiener med. Wochenschr.* 1882. No. 32.

Pellizzari Celso, Il Rhinoscleroma. *Arch. della Scuola di Anatomia Patologica di Firenze.* Vol. II.

Cornil, Le Rhinosclérome. *Progrès médical.* 1883. No. 30.

Babes, Note sur une espèce de cellules granuleuses (Mastzellen de Ehrlich) et ses rélations avec la syphilis, le lupus le rhinosclérome et la lèpre. *Progrès médical.* 1883. No. 23.

Cornil et Alvarez, Sur les microrganismes du Rhinosclérome. *Annales de Dermat. et de Syph.* 1885. No. 4.

Paltauf und Eiselberg, Zur Ätiologie des Rhinoscleroms. *Zeitschr. f. Med.* 1886.

Dittrich, Über das Rhinosclerom. *Zeitschr. f. Heilk.* 1887.

Mibelli, Un caso di Rhinoscleroma. *Giorn. it. mal. ven. e della pelle.* 1888.

— Contribuzione alla istologia del Rhinoscleroma. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1889.

Stepanow, Über die Impfungen des Rhinoscleroms. *Archiv f. Derm. u. Syph.* 1888.

Pawlowski, Zur Lehre über die Ätiologie und Pathologie des Rhinoscleroms etc. *Centralbl. f. allg. Pathol.* 1890.

Ducrey, Quattro casi di Rhinoscleroma. *Giorn. it. mal. ven. e della pelle.* 1892—93.

— Sopra alcuni capsulati tratti dalle vie naso-faringee dell' uomo, comparativamente studiati col microorganismo del rinoscleroma. *Soc. ital. dermat.* 1897.

Mazza, Appunti sul Rinoscleroma. *Soc. ital. dermat.* 1897.

Wilde, Über den Bacillus pneumoniae Friedländers und verwandte Bakterien. *Centralbl. f. Bakt.* 1896.

Kraus, *Wien. klin. Wochenschr.* 1899. No. 5.

Mantegazza, Ricerche istologiche, batteriologiche e sperimentali sul Rhinoscleroma. *Lo Sperimentale.* 1901. Fasc. 3.

Migula, System der Bakterien. Jena 1900. 2. Bd., S. 352.

— Citato. Jena 1900. 1. Bd., S. 117, Taf. IIa, Fig. 1.

De Rossi, Di un metodo semplice per colorare le ciglia dei batteri. *Arch. per le Scienze Mediche.* 1900. No. 3.

Günther, Introduz. alla Bacteriologia. Taf. XI.

Über eine Verbesserung in der Behandlung der schweren Formen der Syphilis.

Von

Dr. Leredde.

In dieser Arbeit sollen vor allem zwei Punkte besprochen werden:

1. Die Notwendigkeit, die schweren Formen der Syphilis ausschliefslich mit Quecksilber-Einspritzungen zu behandeln.
2. Die Notwendigkeit, die Einzelgabe des Quecksilbers bei diesen Formen um ein Beträchtliches zu erhöhen.

1.

Die Quecksilberbehandlung bei den schweren Erscheinungen der Syphilis darf nur in Form von Einspritzungen geschehen. Wir werden später sehen, von wie grofser Wichtigkeit die Menge des in den Organismus eingeführten Quecksilbers für die Heilung der Syphilis ist. Die Einspritzungen sind nun aber das einzige Mittel, das wir besitzen, um das Hg in bestimmter Menge anzuwenden. Das ist leicht zu beweisen, wie ich das schon an anderer Stelle[1] gezeigt habe. Lehrt uns doch die tägliche Erfahrung, dafs die therapeutische Wirkung des Hydrarg. protojod., in Form von Pillen zu 0,1 täglich, derjenigen einer einmaligen Einspritzung von 0,1 Kalomel in der Woche nachsteht, und dafs letztere auch fast immer mehr leistet als tägliche Einreibungen von 6,0 Hg. Man kann also nicht einen Augenblick aufser Zweifel sein, dafs der Kranke, der täglich 0,1 Hydrarg. protojodur. nimmt, nicht die ganze eingeführte Menge resorbiert, und dafs andererseits der Patient, der täglich 6,0 graue Salbe einreibt, nicht täglich 3,0 Quecksilber resorbiert. Bei dem ersteren Patienten würde übrigens in kürzester Zeit eine Quecksilbervergiftung auftreten, und beim zweiten würde sich das schon nach der ersten Einreibung ereignen. Andererseits dürfen wir auch nicht annehmen, dafs der Organismus bei allen Patienten in der Zeiteinheit die gleichen Mengen Quecksilber resorbiert, oder dafs bei den Einreibungen immer die nämliche Menge durch Haut und Lungen — ein Teil des Quecksilbers wird sicher durch die Lungen resorbiert — in den Körper gelangt. Daraus folgt also, dafs es zur Zeit nur ein Verfahren giebt, um eine

[1] Leredde, Zur Frage der Quecksilbereinspritzungen bei der Behandlung der Syphilis. *Revue pratique des maladies cutanée.* 1902. S. 12.

bestimmte Menge Quecksilber mit Sicherheit dem Organismus einzuverleiben, nämlich die Einspritzungen. Die Einspritzung ist, nebenbei bemerkt, auch das einzige Mittel, mit Hülfe dessen wir alle erwünschten Wirkungen des Hg herbeiführen können, ohne seine schädlichen Wirkungen mit in den Kauf nehmen zu müssen.

2.

Die heilende Wirkung der Quecksilbereinspritzungen hängt von der Menge des in den Körper eingeführten Quecksilbers ab.

In einer neuerlichen Arbeit[2] habe ich bereits erklärt, dafs ich auf die Natur des eingespritzten Salzes, ob löslich oder unlöslich, gar keinen Wert lege, soweit wenigstens seine therapeutische Wirksamkeit in Frage kommt — und um etwas anderes haben wir uns nicht zu kümmern. Denn wir verfügen bei allen gebräuchlichen Salzen über Formeln und Mafsnahmen, die es uns gestatten, in schweren Fällen von Syphilis direkt aufs Ziel loszugehen.

Nach meiner Meinung hängt die therapeutische Wirksamkeit einer Quecksilberverbindung einzig und allein von der Menge des Quecksilbers ab, die damit in der Zeiteinheit in den Kreislauf gelangt. Die Behauptungen der verschiedenen Autoren in betreff der therapeutischen Überlegenheit dieser oder jener Verbindung sind ganz widerspruchsvoll; sie erklären sich ganz leicht aus subjektiven Anschauungen und aus dem gewifs begreiflichen Wunsch, den jeder hat, das von ihm erprobte und bevorzugte Mittel auch von anderen angewandt zu wissen.

Die Menge des Quecksilbers, die in den gebräuchlicheren Verbindungen enthalten ist, geht aus folgender Tabelle hervor:

Kalomel-Hg^2Cl^2	84,92%
Sublimat-$Hg.Cl^2$	73,80%
Hydrarg. jod. flav.-Hg^2J^2	61,16%
Hydrarg. bijod. rubr.-HgJ^2	44,05%
Hydrarg. benz.- $(C^6H^5CO^2)^2Hg$	45,25%
Hydrarg. cyan.-CN^2Hg	79,32%[3]

Aus dieser Tabelle — die allerdings nur die gebräuchlichsten Verbindungen enthält — ersehen wir, dafs von den löslichen Salzen das Sublimat und das Quecksilber-Cyanür (79% und 73% Hg) fast doppelt so viel Quecksilber enthalten, wie das Hydrarg. benz. und das Hydrarg. bijodat; ihre therapeutische Wirksamkeit ist bei gleichen Mengen, nach meiner Erfahrung, auch bei weitem gröfser, ihre Giftwirkung, immer bei gleichen

---

[2] Lebreddе, Die Frage der Quecksilbereinspritzungen. *Bulletin et mémoire de la société de therap.* 28. Febr. 1902.

[3] Die gebräuchlichen Lösungen von Hydrarg. pepton. enthalten auf das Gramm 0,004 Sublimat, oder ungefähr 0,008 Quecksilber.

Mengen, viel heftiger. Das Kalomel enthält unter allen gebräuchlichen Salzen am meisten Quecksilber, denn das Hydrarg. oxyd. flav. kommt für uns nicht in Frage. Hier aber drängt sich uns eine Frage auf: Woher kommt es, dafs die Kalomeleinspritzung nach Aussage der meisten Dermatologen bei der Behandlung hartnäckiger Hautformen der Syphilis, eine so beträchtliche Wirksamkeit besitzt, dafs es nicht nur den löslichen Salzen,[4] sondern selbst dem grauen Öl überlegen erscheint, welch letzteres doch die Einführung wesentlich gröfserer Mengen von Quecksilber gestattet? Denn bei 0,1 Kalomel auf die Einspritzung führt man dem Organismus wöchentlich 0,08 Hg zu; fast die nämliche Menge Quecksilber erhält der Körper aber bei einer täglichen Einspritzung von 0,015 Sublimat, wie man das zuweilen thut; woran liegt es nun, dafs das Kalomel um so viel besser wirkt, wenn die Quecksilberverbindung von keinem Belang ist? Doch ist dieser Einwand leicht zu beseitigen. Man braucht nämlich nur zu untersuchen, in welcher Weise das Kalomel auf den Organismus wirkt. Nach jeder Einspritzung dieses Salzes erfolgt eine örtliche und eine allgemeine Reaktion. Das Fieber und das Unbehagen, die im Durchschnitt drei Tage anhalten, lassen sich nur durch eine Vergiftung erklären. Man mufs nun annehmen, dafs während dieser drei Tage das in den Muskel eingeführte Kalomel zu mindestens drei Vierteln gelöst ist.

Nur auf diese Weise vermag ich mir die zuweilen erstaunliche Wirkung der Kalomeleinspritzungen zu erklären: sie ermöglichen es, in einem verhältnismäfsig recht kurzen Zeitraum Quecksilber in den Kreislauf in einer Menge einzuführen, die man mit den sonst gebräuchlichen Mitteln nicht annähernd erreicht, nämlich ungefähr 0,02 Hg täglich an den der Einspritzung zunächst folgenden Tagen.

Die Einspritzungen mit Oleum cinereum erzeugen keine nennenswerte örtliche oder allgemeine Reaktion; offenbar wird dieses Mittel im Gegensatz zum Kalomel nur sehr langsam resorbiert; es genügt ein Hinweis auf die so spät auftretende Stomatitis, die erst ein bis drei Wochen nach Beginn der Behandlung mit dem grauen Öl einzusetzen pflegt.

Es läfst sich also aus den Erfolgen, die wir mit der Einspritzung unlöslicher Salze erzielen, kein Einwand gegen die von mir aufgestellte Lehre herleiten, dafs das Wesentlichste bei der Spritzkur die grofse Menge des eingeführten Quecksilbers sei.

Diese Frage nach der Menge bildet meines Erachtens den Angelpunkt der ganzen Quecksilberbehandlung. Zugegeben, dafs die Heilung der Syphilis vom Quecksilber abhängt, so ist sie doch, das möchte ich besonders betonen, weil man es bisher immer aufser acht gelassen hat,

---

[4] Gemeint sind hier immer die gebräuchlichen Mengen; in den Lehrbüchern wird das nie besonders hervorgehoben.

nicht minder bedingt durch die Menge, in der jenes Mittel angewandt wird. Alle syphilitischen Zufälle sind eben nicht durch die gleichen Mengen Quecksilber heilbar.

Des weiteren: Zwischen einer zur Heilung eines Syphilissymptoms genügenden und ungenügenden Quecksilbermenge scheint nur ein geringer Abstand zu sein, so dafs man, glaube ich, folgendes Gesetz aufstellen kann: Ein Symptom der Syphilis, das durch die Quecksilbermenge A nicht beeinflusst wird, wird durch die Menge A + a zum Schwinden gebracht, d. h. das Symptom, das bei einer bestimmten Quecksilbergabe unverändert bestehen bleibt, heilt bei einer geringen Vermehrung des Medikaments aus. Auf die kumulative Wirkung des Quecksilbers hingegen, auf den Eintritt seiner Wirkung nach einer bestimmten Zeit, soll man nicht rechnen; worauf es ankommt, ist einzig und allein die innerhalb 24 Stunden in den Körper eingeführte Hg-Menge.

Zu diesen Erfahrungen bin ich gelangt, indem ich die Einwirkung des Quecksilbers auf die syphilitischen Erkrankungen der Haut verfolgte; und ich bin dabei zu folgendem, wichtigem Schlufs gelangt: Es kommen in den verschiedenen Organsystemen, besonders im Nervensystem, Syphiliserkrankungen vor, die scheinbar jeder spezifischen Behandlung trotzen, die aber, wie manche Hauterkrankungen, bei reichlicherer Anwendung von Quecksilber, als es gewöhnlich geschieht, ausheilen würden. Wir sollten daher, bevor wir sie als unheilbar erklären, die Wirksamkeit der Behandlung, die im allgemeinen etwas lässig geübt wird, zu steigern suchen.

3.

Dies vorausgeschickt will ich jetzt untersuchen, inwieweit die Quecksilberbehandlung noch verbesserungsfähig ist. Den Ausgangspunkt meiner diesbezüglichen Versuche bildete eine äufserst interessante Beobachtung von A. Robin.[5] Es handelte sich da um eine Frau mit sehr schwerer Iritis syphilitica; die Augen drohten zu Grunde zu gehen; eine Einspritzung von 0,1 Kalomel war wirkungslos geblieben, aber tägliche Einspritzungen von 0,5 Hydrarg. benz., acht Tage lang fortgesetzt, alsdann von demselben Mittel durch drei Wochen täglich 0,3 brachten Heilung.

Auffällig erschien mir bei dieser Beobachtung, dafs sich das Hg benz. dem Kalomel überlegen erwies. Diese Wirkung trat aber nur ein, weil Robin das Mittel in viel gröfseren Mengen gegeben hatte, als es gewöhnlich verordnet wird. Über diesen Punkt hatte ich vorher noch nie nachgedacht und huldigte der landläufigen Ansicht, dafs das Kalomel allen anderen Quecksilbersalzen therapeutisch überlegen sei. Beim weiteren Eindringen in den Gegenstand überraschte es mich, zu sehen, dafs die

[5] A. Robin, *Bulletin et mémoire de la Société de thérapie.* 18. Dez. 1901. S. 568.

Autoren von der guten Wirkung dieses oder jenes Salzes redeten, aber keinen Versuch machten, sich dieselbe zu erklären, ja, nicht einmal genauer nach der noch wirksamen Minimalmenge der einzelnen Mittel forschten. Ich teilte damals noch die allgemeine Meinung, dafs die Einspritzungen unlöslicher Salze wirksamer seien als diejenigen löslicher — eine Meinung, die ich jetzt für unwahrscheinlich halte; denn warum sollte das Quecksilber im löslichen Zustand weniger wirksam als im unlöslichen sein? Vielmehr mufs man sagen: Zur Einspritzung löslicher Salze verwenden wir geringe Mengen Quecksilber, zur Einspritzung unlöslicher Salze dagegen viel gröfsere Mengen, letztere müssen daher notwendig auch viel wirksamer erscheinen. So wie wir aber von den löslichen Salzen beträchtlichere Mengen einspritzen, so erkennen wir auch ihre Überlegenheit gegenüber den unlöslichen Salzen.

Hier nun gilt es, eine grundsätzliche Frage zu entscheiden: Man anerkennt meinen bisherigen Gedankengang vielleicht als berechtigt, aber man wirft mir sicher ein, dafs man durch Befolgung meiner Theorie von den erhöhten Quecksilbermengen die Kranken beträchtlichen Gefahren aussetzen würde. Denn der Eindruck, den man gewinnt, wenn man die verschiedenen Arten der Hg-Behandlung studiert, ist der, dafs zwischen den therapeutisch wirksamen und den bereits toxisch wirksamen Gaben nur ein geringer Unterschied besteht, dafs man also mit der Vermehrung des Quecksilbers das Gespenst des Hydrargyrismus heraufbeschwört, die gefürchteten Erscheinungen abseiten des Mundes, der Haut und des Gesamtorganismus.

Indessen, bei ruhigem Blut erscheinen diese Gefahren gar nicht so grofs. Denn in Wirklichkeit beruht die Annahme, dafs die wirksamen und die toxischen Quecksilbermengen so dicht bei einander stehen, auf einem Irrtum. Dieser Irrtum stammt noch aus jener Zeit, da man den Merkur nicht genau dosierte, da man in den Verdauungskanal 0,1 Hydrarg. protojodur. einführte, ohne sich viel darum zu kümmern, wie viel davon resorbiert würde, wo man die Haut mit 6 g grauer Salbe einschmierte, damit wenigstens einige Centigramm metallischen Quecksilbers in den Organismus gelangten. Da ist es denn nicht erstaunlich, dafs man von Zeit zu Zeit schwere Vergiftungserscheinungen bekam. Nun habe ich aber doch schon vorhin darauf hingewiesen, dafs Robin einer Patientin acht Tage lang täglich 0,5 Hydrarg. benz. (= 0,022 Hg pur.) einspritzen konnte, ohne dafs Vergiftungserscheinungen auftraten. Lemoine hat auf dem Kongrefs für Medizin zu Toulouse mitgeteilt, dafs er Tabiker und Paralytiker geheilt habe, indem er ihnen täglich bis zu 0,8 Hydrarg. benz. (= 0,036 Hg pur.) einspritzte; und Lépine endlich erklärte, er habe manchem Syphilitiker täglich 0,6 Hydrarg. bijodat. (= 0,026 Hg pur.) eingespritzt. Aber keiner von ihnen erwähnt etwas von Vergiftungserscheinungen.

Die Kalomelmengen, die für gewöhnlich innerhalb acht Tagen zur Einspritzung gelangen (0,1 = 0,084 Hg pur.), sind wesentlich schwächer als die eben genannten Dosen. (Ich habe schon weiter oben darauf hingewiesen, dafs nach meiner Meinung das eingespritzte Kalomel schon in den ersten zwei bis drei Tagen zum gröfsten Teil resorbiert wird, woraus sich seine beträchtliche Heilwirkung erklärt.) Doch mufs ich daran erinnern, dafs die ersten Autoren, die die Kalomeleinspritzungen empfohlen haben, 0,15 bis 0,2 g des Salzes wöchentlich anwandten (= 0,12 bis 0,15 Hg pur.)

Diese Mengen des Benzoe-, des Chlor- und des Jodsalzes sind viel gröfser, als wie wir sie gewöhnlich zu Einspritzungen verwenden. Von den Einreibungen und der innerlichen Verabreichung will ich nicht reden, da wir, wie ich schon früher bemerkt habe, bei diesen Verwendungsarten niemals wissen, wie viel Quecksilber der Kranke wirklich absorbiert.

Die Syphilidologen verordnen also, das ist meine Ansicht, das Quecksilber in viel zu schwachen Dosen. Die gröfsere Menge der Hautsyphilide heilt allerdings auch bei täglich 0,05 bis 0,1 Hg protojod., bei einem Eslöffel voll Liquor VAN SWIETEN oder 4 g grauer Salbe täglich, bei einer Einspritzung von 0,01 Hg cyan. (= 0,008 Hg purum), oder 0,01 Hg benz. (= 0,0045 Hg purum), oder selbst bei einer Einspritzung von 0,004 Hg bijodat. nach der Formel von PANAS (= 0,0017 Hg purum)! Nur aus Gewohnheit verordnen wir das Quecksilber gerade in diesen Mengen. Wenn es sich dagegen um schwere oder hartnäckige Erkrankungen der Eingeweide handelt, so verordnet man ohne Überlegung, nur aus Überlieferung Einreibungen von 4 bis 6 g grauer Salbe (wieviel reines Quecksilber?) oder Einspritzungen von löslichen Salzen in Mengen, wie oben angegeben und die wohl die meisten Hautsyphilide zur Heilung bringen, die aber nicht genügen, um sie alle therapeutisch zu beeinflussen. Von diesen Grundsätzen der Dermatologen lassen sich auch die Neurologen bei der Behandlung schwerer und hartnäckiger Störungen leiten.

Nun mufs man aber bedenken, dafs wir bei der Erkrankung innerer Organe ganz anders einzugreifen haben, als bei Hautkrankheiten. Denn die letzteren bilden ja niemals eine Lebensgefahr, was bei ersteren doch häufig der Fall ist. Da müssen wir unser Handeln denn doch so einrichten, dafs wir sie in möglichst kurzer Zeit beseitigen. Bei Erkrankungen des Gehirns und des Rückenmarks ist jede Stunde von Wichtigkeit, denn in jedem Augenblick kann durch Obliteration eines Gefäfses ein Erweichungsherd entstehen. In solchen Fällen ist auch die Frage der Quecksilbermenge von Wichtigkeit, denn im Gehirn und Rückenmark kommen Erkrankungen vor, die, wie manche Hautsyphilide, auf geringe Mengen Quecksilber nicht reagieren.

Ich habe soeben erwähnt, dafs die Höhe der zur Verwendung kommenden Quecksilbermengen anfänglich durch diejenige Dosis bestimmt wurde, die zur Heilung einfacher Hauterkrankungen ausreichte. Mitbestimmend war dabei noch ein anderer Grund, indem alle Syphilidologen bei Verordnung des Quecksilbers von jeher bemüht waren, eine Stomatitis zu vermeiden; und das mit Recht, denn für Arzt und Patient ist dieser Zufall gleich peinlich und macht nebenbei auch noch eine Unterbrechung der Behandlung notwendig.

Sicherlich spielt die Menge des resorbierten Quecksilbers eine Rolle beim Zustandekommen der Stomatitis und man darf mit der Menge des verabreichten Quecksilbers, auch wenn es ganz gut vertragen wird, nur sehr vorsichtig in die Höhe gehen. Andererseits aber wissen wir auch, dafs die Stomatitis mercurialis im wesentlichen von der Beschaffenheit der Mundschleimhaut abhängt; so dafs der eine z. B. eine hohe Dosis Hydrarg. protojodur. anstandslos verträgt, während der andere schon bei einer viel geringeren Menge seine Mundentzündung bekommt. Das nämliche gilt natürlich auch für die Schmierkur und für die Einspritzungen löslicher und unlöslicher Verbindungen. Sind Zähne und Zahnfleisch in gutem Zustand, oder läfst man sie vorher von einem Zahnarzt nachsehen und reinigen und beobachtet man während der Behandlung die peinlichste Reinlichkeit, so kann man, unbesorgt um eine Stomatitis, grofse Mengen Quecksilber verbrauchen. Ja, man kann den Verbrauch von Quecksilber immer wieder steigern, ohne die Gefahr einer Mundentzündung zu laufen, wenn man nur dementsprechend auch die Reinhaltung von Mund und Zähnen immer sorgfältiger betreibt. Dann wird man erst durch das Einsetzen der übrigen Symptome der Quecksilbervergiftung: Fieber, Abgeschlagenheit, Schwäche, belehrt, dafs man dem Körper zu viel Gift geboten hat. Solche Allgemeinerscheinungen erlebt man oft schon nach der Einspritzung von 0,1 Kalomel, und sie sind mehr zu fürchten, als das Übel, das man bekämpfen wollte.[6]

4.

Man kann also — darauf will meine Beweisführung hinaus — die Behandlung der schweren Syphilissymptome insofern verbessern, als man die Quecksilberdosen, die man durch Magen oder Haut oder subcutan in den Körper einführt, steigert. Dabei kann man, wie Robin und Lemoine das Hydrarg. benz. bis zu 0,5 und 0,8 täglich, oder wie Lépine das Hydrarg. bijod. bis zu 0,5 täglich verwenden. Will man sich lieber des

[6] Selbstverständlich sind hierbei die Fälle auszuscheiden, in denen der Patient entweder eine Idiosynkrasie gegen das Mittel besitzt, so dafs es also z. B. sofort zu einer Hauthydrargyrose kommt, oder in denen der Zustand der Gefäfse oder der Nieren eine Kontraindikation gegen mäfsige Mengen Quecksilber bildet.

Sublimats oder des Hydrarg. cyanat. bedienen, so muſs man im Auge behalten, daſs diese beiden Salze mehr Quecksilber enthalten und deshalb in ungefähr nur halb so starken Dosen gegeben werden dürfen, wie die beiden erstgenannten Verbindungen. In jüngerer Zeit habe ich von der Cyan-Verbindung 0,3 täglich gegeben.

Will man nun das Quecksilber in so groſsen Tagesmengen verabfolgen, so ist es im allgemeinen praktischer, sich zu Einspritzungen der löslichen Salze zu bedienen, weil man bei ihnen die Resorption des Mittels mehr in der Gewalt hat, wenn sich eine Stomatitis oder sonstige Vergiftungserscheinungen einstellen, oder wenn die Beschaffenheit des Urins zu Bedenken Anlaſs giebt. Allerdings hat auch die bisherige Kalomeleinspritzung von 0,15 bis 0,2 ihre Vorzüge; nur sollte man diese Menge dann nicht auf einmal einspritzen, sondern in zwei Abteilungen in der Woche vornehmen, jedesmal etwa 0,07 bis 0,1. Auf diese Weise könnte man auch aus der plötzlichen, brutalen Wirkungsweise des Kalomels Nutzen ziehen. Das wäre bei manchen Syphilisformen, der Tabes z. B., sehr angebracht. Es ist auch nicht zu leugnen, daſs die Behandlung mit löslichen Salzen für die Patienten sehr lästig ist.

5.

Unter welchen Umständen ist nun die Behandlung mit hohen Quecksilbergaben angezeigt?

In allen Fällen, in denen wir mit den gebräuchlichen Mengen auskommen, werden wir selbstverständlich bei diesen verbleiben. Zu den stärkeren Dosen müssen wir aber greifen: a) wenn wir das Quecksilber zu diagnostischen Zwecken geben; das bedarf keiner weiteren Erläuterung. b) Wenn sich die gewöhnlichen Mengen als unwirksam erwiesen haben. c) In allen Fällen, wo es sich um Symptome handelt, die rasch und dauernd beseitigt sein müssen, wir aber die grade ausreichende Menge Quecksilber nicht kennen, mit anderen Worten, wenn die gewöhnliche Dosis vielleicht ungenügend ist, um dauernden Schaden zu verhüten. Diese Regeln sollen jetzt noch im einzelnen besprochen und an Beispielen beleuchtet werden.

1. Ein Patient kommt mit Ausschlägen an den Handflächen und Fuſssohlen, mit excentrisch sich ausdehnenden tuberkulösen Gummata, vielleicht auch noch mit Erscheinungen von Zungensyphilis. Alle diese Erscheinungen bleiben bei der gewöhnlichen Quecksilberbehandlung unbeeinfluſst, so daſs es angezeigt erscheint, energischer vorzugehen. Im allgemeinen wird dann die Einspritzung von 0,1 Kalomel genügen; zieht man lösliche Salze vor, so wird man Sublimat oder die Cyan- bezw. die Benzoeverbindung wählen; nur wird man, anstatt wie bisher, 0,01 von den beiden letztgenannten Mitteln zu verordnen, 0,02 bezw. 0,04 täglich

geben. Sollte auch das sich noch nicht als genügend erweisen, so kann man mit dem Quecksilber noch mehr in die Höhe gehen. Auch bei Erkrankungen tiefer gelegener Organe, der Knochen oder der Gelenke z. B., kann man ebenso verfahren.

Kurz, so lange es keine grofse Eile hat, soll man die Behandlung erst mit den gebräuchlichen Mengen Quecksilber anfangen und erst, wenn diese im Stich lassen, energischer vorgehen.

2. Anders aber bei einer Erkrankung des Nervensystems; hier müssen wir das Quecksilber sofort in der gröfstmöglichen Menge verwenden. Das gilt vor allem bei solchen Erkrankungen, deren syphilitische Natur von keinem bezweifelt wird; denn hier gilt es vorzubeugen, dafs keine schweren Zufälle auftreten; man darf eben nicht warten, bis es zu spät ist, bis man einsieht, dafs man nicht energisch genug gehandelt hat. Aber auch bei der Tabes, der progressiven Paralyse und allen anderen Erkrankungen des Nervensystems, die Fournier als parasyphilitische bezeichnet hat, mufs man das Quecksilber in der gröfstmöglichen Menge verabfolgen. Ich will mich hier auf die Frage nach der syphilitischen Natur der Tabes und der progressiven Paralyse nicht einlassen; an anderer Stelle[7] habe ich meine Ansicht begründet, warum ich beide Krankheiten für syphilitisch und für heilbar durch das Quecksilber halte, vorausgesetzt nur, dafs man rechtzeitig mit der Behandlung beginne und mit dem Hg nicht zu ängstlich sei. Auf dem soeben beendigten Kongrefs von Toulouse[8] wurden meine Ansichten in allen Punkten bestätigt, und der Ausdruck „parasyphilitische Erkrankung" hat dort keine Verteidiger gefunden. Vielmehr wurden dort wieder neue Fälle von Heilung der Tabes und der Paralysis generalis mitgeteilt (Lemoine, Cassaët).

Die Mifserfolge bei der Quecksilberbehandlung dieser Krankheiten haben verschiedene Ursachen. Einmal ist es möglich, dafs nicht alle Fälle von Tabes und nicht alle Fälle von Gehirnerweichung syphilitischer Natur sind. Zweitens aber kommen wir in den Fällen, wo die Syphilis mit Recht als Ursache der schweren Systemerkrankung anzusehen ist, häufig, ich darf schon sagen, fast immer, zu spät. Dazu kommt noch, dafs nicht nur die Neurologen, sondern sogar auch die Syphilidologen ein unbegreifliches Vergnügen darin finden, gerade die Mifserfolge in der Quecksilberbehandlung hervorzuheben, so dafs der Leser zu dem Glauben verleitet wird, Tabes und Paralyse seien durch Quecksilber nicht heilbar, während doch thatsächlich von allen Seiten solche Heilungen gemeldet

[7] Lebredde, Über die sogenannten parasyphilitischen Erkrankungen. *Bulletin de la Société française de Dermatologie et de Syphiligraphie.* 6. Febr. 1902. — Heilung eines Falles von Tabes mittelst Einspritzungen von Kalomel. *Bulletin de la Société Française de Dermatologie et de Syphiligraphie.* 6. März 1902.

[8] Zur Diagnose und Behandlung der parasyphilitischen Erkrankungen. *Semaine médicale.* 1902. S. 127.

werden.[9] Ganz besonders aber ist es meines Erachtens die ungenügende Behandlung, die uns bei Tabes und Paralyse nur so wenige Erfolge erleben läfst. G. Ballot hat auf dem Toulouser Kongrefs einen Satz ausgesprochen, mit dem ich vollkommen übereinstimme: „Wir haben nur deshalb bei Tabes und Paralyse so wenige Erfolge aufzuweisen, weil wir beide Krankheiten mit den gebräuchlichen, von den Syphilidologen uns gelehrten Quecksilbermengen behandeln". Ich habe in Bezug auf diesen Punkt bei den Neurologen eine Umfrage gehalten und fast alle erklärten, dafs sie in der Regel die Schmierkur verwendeten.

Nun behaupte ich aber, Einreibungen von etwa 4 g täglich bei einem Syphilitiker, dessen Centralnervensystem erkrankt ist, ist keine genügende Behandlung; es ist es um so weniger, wenn es sich um so schwere Formen wie Tabes und Paralyse handelt. Hier mufs das Quecksilber ausschliefslich in Form von Einspritzungen gegeben werden und zwar soll man in der Regel von der Cyan- oder Chlorverbindung 0,03 bis 0,04, von den schwächeren Salzen (Hydrarg. benz. und Hydrarg. bijod.) 0,06 bis 0,08 verwenden, wobei im Notfall noch gröfsere Mengen in Erwägung zu ziehen sind. Auch könnte man versuchen, in der Woche zwei Einspritzungen von je 0,07 bis 0,1 Kalomel vorzunehmen.[10]

Mit diesen Angaben sind aber noch nicht alle Modifikationen erschöpft, die die Quecksilberbehandlung erfahren könnte; vielmehr sind auch noch andere Wege denkbar. So könnte man z. B. auch versuchen, anstatt des Kalomels in mittleren Mengen eine hohe Dosis irgend eines löslichen Salzes einzuspritzen und dann zu warten, bis alles Quecksilber ausgeschieden ist, um wieder von neuem zu beginnen. Auch die Frage der intravenösen Einspritzungen mufs wieder aufgenommen werden, da die von Abadie angewandten Mengen ein Urteil über die Methode an und für sich nicht gestatten.

Damit freilich streifen wir Behandlungsformen, die vielleicht nur ausnahmsweise, bei ganz abnormen Fällen in Frage kommen. Doch glaube ich zum Schlufs immerhin behaupten zu können, dafs wir bei schweren Syphilisformen das Quecksilber ohne Gefahr für den Patienten viel energischer gebrauchen dürfen, als wir es bislang gewohnt sind und dafs wir dabei sicher viel günstigere Ergebnisse erzielen werden.

(Übersetzt von Dr. J. Türkheim-Hamburg.)

---

[9] Unter Heilung verstehe ich Stillstand der Krankheit, das endgültige Wegbleiben weiterer Symptome. Ich verlange nicht einmal, um den Ausdruck zu gebrauchen, die doch häufige Rückbildung (rétrocession) der vorhandenen Symptome, von denen einzelne so beschaffen sind, dafs sie sich gar nicht mehr zurückbilden können.

[10] Alle diese Zahlen verstehen sich für den erwachsenen, sonst gesunden Mann. Bei den Frauen sind die Dosen um etwa 1/4 zu verringern

Aus der Praxis.

Akute Sehnervenentzündung als eine der ersten Erscheinungen sekundärer Lues.[1]

Von

Dr. A. Grosglik, Spezialarzt für Hautkrankheiten,
und Dr. G. Weissberg, Augenarzt,
in Lodz.

Affektionen des Sehnerven gehören nicht zu den seltenen Erscheinungen im Verlaufe der Syphilis. So fand Badal[2] unter 631 Fällen von Augensyphilis 139 Sehnervenerkrankungen. Talbot[3] unter 434 Fällen von Augensyphilis 60 Sehnervenerkrankungen, und Januszkiewicz[4] veröffentlichte aus der Poliklinik Hirschbergs in Berlin 150 Fälle von syphilitischer Affektion desselben Nerven. Im Vergleiche aber mit den syphilitischen Erkrankungen nichtentzündlicher Natur, die also auf degenerativen Prozessen im Sehnerven beruhen, kommen die entzündlichen Affektionen viel seltener vor, so nach Talbot auf 48 Fälle von Atrophie 12 Fälle von Neuritis; nach Januszkiewicz auf 107 nichtentzündliche Fälle 26 mal Neuritis und 17 mal postneuritische Atrophie, zusammen 43 Fälle. Meist tritt die syphilitische Neuritis opt. sekundär auf, infolge von anderswo lokalisierten syphilitischen Prozessen, z. B. in der Iris, Chorioidea, Retina, Schädelhöhle (Meningitis, Gumma cerebri), Orbita. Sieht man nun von den sekundären Entzündungen ab und zieht lediglich die selbständigen, primären luetischen Sehnervenentzündungen in Erwägung, so mufs man die letzteren als verhältnismäfsig recht seltene betrachten. Dies wenigstens glauben wir aus Schmidt-Rimplers[5] Worten schliefsen zu dürfen, welcher zum Beweis der Möglichkeit einer primären syphilitischen Neuritis optica den durch Sektionsbefund bestätigten Fall Julers anführt. Diesen eben seltenen Fällen von primärer Neuritis opt. specif. — wenn auch ohne Sektionsbefund — reiht sich auch der folgende an.

---

[1] Nach einem in der Lodzer medizinischen Gesellschaft am 7. Mai 1902 von Dr. Grosglik gehaltenen Vortrage.

[2] Badal, *Arch. d'ophtalm.* VI. pag. 301; citiert bei Knies, *Die Beziehungen des Sehorgans und seiner Erkrankungen zu den übrigen Krankheiten des Körpers.* 1893. pag. 431.

[3] Talbot, *Recherches statistiques sur la syphilis de l'oeil.* Paris 1894. Referiert in *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1896. Bd. 36. pag. 456.

[4] Januszkiewicz, Der zeitliche Verlauf bei syphilitischen Erkrankungen der Sehnerven nach 150 Fällen. *Centralbl. f. prakt. Augenheilk.* 1895. pag. 358.

[5] Schmidt-Rimpler, Die Erkrankungen des Auges im Zusammenhang mit anderen Krankheiten. 1898. *Nothnagels spes. Path. u. Therap.* Bd. 21, pag. 480.

Am 19. Januar 1902 suchte mich der 21jährige X. Y. aus einer mir zum Teil persönlich bekannten Familie auf. Derselbe wurde von mir vor zwei Jahren wegen Urethr. post. mit Sexualneurasthenie behandelt, und erfuhr ich von ihm folgendes: Ungefähr gegen den 2. September 1901 suspekte Kohabitation. Ungefähr gegen den 2. November 1901 (also nach zwei Monaten!) bemerkte er an der unteren Oberfläche des Gliedes ein kleines, schmerzhaftes Bläschen, welches bald platzte, mit Hinterlassung einer sich oberflächlich verbreitenden Erosion, die unter Karbolöl binnen 16 bis 18 Tagen verheilte. Vom 1./XII. bis 6./XII. 1901 sehr heftige Kopfschmerzen, sowohl am Tage als in der Nacht, wobei sie aber am Tage heftiger waren. 8./XII. bis 9./XII. Fieber bis 41,5 Grad. Dann Euphorie bis zum 31./XII., wo folgendes Bild begann. In der nämlichen Nacht bekam Patient im rechten Handgelenk und in den Fingergelenken derselben Seite heftige Schmerzen, welche nach dreitägiger (3./I. 1902) Dauer verschwanden, um im linken Ellenbogen und linken Handgelenke aufzutreten. Hier dauerten die Schmerzen zwei Tage (bis 5./I.), und kaum zurückgegangen, erschienen sie von neuem über und um das linke Auge herum, wo sie ein bis zwei Tage anhielten. Nach vier oder fünf Tagen (etwa den 10. oder 11./I 1902)[6] bekam Patient am Stamme einen Ausschlag, dem er, ebenso wie vorher dem Primäraffekt am Gliede, keine Bedeutung schenkte. Am 14./I. 1902 Schmerz in der Tiefe des linken Auges. 15./I. Schmerz gröfser, gleichzeitig Sehschwäche beim Blicken nach unten. Vom 16./I. an vergröfserten sich der Schmerz und die Sehschwäche, bis am 19./I. früh der Schmerz zwar vollständig aufhörte, die Sehkraft aber dermafsen sich verminderte, dafs Patient beim Blicken nach unten mit dem linken Auge absolut nichts sehen, sogar das Licht nicht empfinden, und beim Blicken nach oben sehr schwach und nur aus der gröfsten Nähe sehen konnte. Am nämlichen Tage, abends, suchte Patient mich auf, wobei ich folgenden Zustand konstatierte: Der kleine junge Mann ist regelmäfsig entwickelt, aber schlecht genährt. In den inneren, sowohl Brust- als Unterleibsorganen ist nichts Abnormes nachzuweisen. Das Bewufstsein und dessen besondere Erscheinungen, wie Gedächtnis, Urteilskraft, Sprache nicht gestört. Die Sinne funktionieren regelmäfsig, mit Ausnahme des linken Auges. Reflexe vielleicht ein wenig gesteigert, aber nicht mehr, als vor zwei Jahren, als Patient wegen sexueller Neurasthenie behandelt wurde. Bewegungen normal, wie beim gesunden Manne: keine Spur von Konvulsionen oder Parese. Harn frei von Eiweifs und Zucker. An der unteren Fläche des Gliedes, etwa in der Mitte,

[6] Während der ganzen zweiten Inkubationsperiode bis zum Ausbruche des Syphilids war Patient 10 mal (sic!) von verschiedenen Militärkommissionen als militärpflichtig untersucht. Wäre also der Ausschlag früher als am 10. bis 11./I. 1902 aufgetreten, so wäre er ohne jeden Zweifel bemerkt worden.

befindet sich eine ziemlich dünne und etwas härtliche, ovale Narbe, $1^1/_2$ cm lang und $^3/_4$ cm breit. Adenitis univers. indolens in hohem Grade, namentlich inguinalis, colli, nuchae et occipitis. Auf Gesicht, Stamm, oberen Extremitäten und Oberschenkeln makulo-papulöser Ausschlag, so reichlich, dafs fast keine davon frei gebliebene Zwischenräume zu finden sind. Impetigo capillitii leichten Grades. Spezifische erythematöse Angina. Die am 21./I. 1902 von Dr. Weissberg vorgenommene ophthalmoskopische Untersuchung ergab: beide Pupillen sind gleich, auf Lichtreiz aber reagiert die linke schwächer als die rechte. VD $= {}^6/_6 + 0{,}5$ D $= < {}^6/_6$; VS = Finger: 0,5 m. Die Grenzen der linken Papille sind verschwommen. Die Papille selbst ein wenig angeschwollen, von roter Farbe. Leichte Beugung der Gefäfse an der Peripherie der Papille, besonders in deren oberem Teile. Netzhautvenen erweitert, sonst nichts Abnormes an der Netzhaut zu bemerken.[7]

Da die hochgradige Sehstörung das klinische Gesamtbild einigermafsen beherrschte und auch dem Patienten selbst am nächsten ging, so nahm sie auch in praktischer Hinsicht, d. h. in Hinsicht der Prognose und Behandlung unsere Aufmerksamkeit am meisten in Anspruch. Offenbar wurde die Sehstörung durch die ophthalmoskopisch konstatierte Neuritis optica bedingt. Aber welcher Art war diese Sehnervenentzündung? Das Fehlen in der Anamnese, sowie im Status jegliches centralen Leidens, sowohl eines organischen (Tumor), als auch eines funktionellen (Hysterie, Neurasthenie), das Fehlen einer chronischen Intoxikation oder eines konstitutionellen Leidens (perniciöse Anämie, Leukämie, Diabetes); das akute Auftreten der Sehstörung, fast gleichzeitig mit dem ersten Ausbruch der allgemeinen Lues: all' dies machte die Diagnose Neuritis opt. specif. höchst wahrscheinlich. Und in der That wurde die Diagnose in eklatanter Weise durch die Behandlung bestätigt. Denn unter einer ausschliefslich allgemein spezifischen Behandlung begann die Sehkraft sehr rasch sich zu verbessern. Schon nach drei Wochen empfand Patient den Unterschied zwischen beiden Augen als einen sehr geringen, und nach einem Monat (22./I. 1902) war VS = etwas weniger als $^6/_{12}$ und die linke Papille nur ein wenig blasser als die rechte. Am 1./III. war VS = mehr als $^6/_{12}$. Obwohl sich am 1./IV. (also zwei Wochen nach Sistierung der Allgemeinbehandlung) eine Roseola recidiva einstellte, war dieser zweite Ausbruch ohne Einfluss auf den Zustand des Auges und verschwand rasch bei neuer Behandlung. Zuletzt wurde Patient am 24./V. 1902 ophthalmoskopiert: die Sehschärfe war dieselbe wie am 1./III. und es ist eine leichte Blässe der linken Papilla optica zurückgeblieben, jedoch ohne nennenswerte praktische Bedeutung für den Patienten, da selbiger beim binokularen Sehen

[7] Eine genauere ophthalmologische Untersuchung (Perimetrie, Photometrie, Farbensinn) wurde leider, aus äufseren Gründen, unterlassen.

nicht im geringsten gestört wird und sich so wie vor der Erkrankung fühlt, nur monokular will er mit dem linken Auge vielleicht ein klein wenig dunkler sehen, als mit dem rechten.

Es erhebt sich nun die Frage: auf welchem Wege war in obigem Falle die spezifische Sehnervenentzündung entstanden? War es eine primäre, selbständige oder eine sekundäre Neuritis? Und in welchem Teile des Sehnerven hatte der Entzündungsherd seinen Sitz? Diese letzte Frage kann sofort auf Grund des Charakters der Sehstörung selbst beantwortet werden. Das Ergriffensein blofs eines Auges schliefst, nach unseren Kenntnissen vom Verlauf der Opticusfasern, die Lokalisation sowohl in der Hirnrinde als in der Corona radiata, als im Tractus und Chiasma aus. Es konnte also die Sehstörung ihre Ursache nur in der Erkrankung des peripherstен Stückes des Sehnerven haben; ob ausschliefslich in der Pars intraocularis oder auch in der Pars retrobulbaris, ist freilich schwer zu entscheiden. Was die erstere Frage anbetrifft, so kommen zuerst Meningitis, gummöse basale Wucherungen oder Hirngumma in Betracht. Dagegen spricht jedoch zur Genüge das Fehlen jeglicher Druckerscheinungen seitens der Schädelhöhle, also jeglicher Störungen im Gebiete der Motilität, Sensibilität oder der höheren Sinne, sodann das Ergriffensein blofs eines Auges, endlich die Thatsache, dafs sich Patient im allerersten Beginn der sekundären Periode befand. Man könnte noch die Neuritis in unserem Falle aus einer Kompression des Sehnerven im Bereiche des Foramen opt., infolge akuter Schwellung des orbitalen Periosts herleiten, womit ja der vom Patienten in der Tiefe des linken Auges noch vor dem Auftreten der Sehstörung empfundene Schmerz übereinzustimmen scheint. Aber dann müfste linker Exophthalmus wenigstens bis zu gewissem Grade bestehen, welches Symptom in unserem Falle ganz fehlte, und die linke Papille ja hochgradig anschwellen müfste, während sie in der That nur ein wenig geschwollen war. Es handelte sich also um eine selbständige, akute, spezifische Neuritis optica, hervorgerufen durch primären Sitz des syphilitischen Prozesses im Sehnerven selbst.

Das ungewöhnliche unseres Falles ist aber keineswegs die Selbständigkeit der Sehnerventzündung, die, obwohl selten, doch zu den festgestellten Thatsachen gehört, sondern vielmehr das frühzeitige, ja sogar ungewöhnlich frühzeitige Ergriffensein des Sehnerven im Verlaufe der Syphilis. Fragen wir die Syphilidologen und Ophthalmologen nach dem Zeitpunkt der Entstehung syphilitischer Opticusaffektionen, so bekommen wir — wenn sie sich überhaupt näher damit beschäftigen — sehr verschiedene Angaben. Die ersteren zählen sie vorwiegend zur tertiären Periode. Es erwähnen zwar z. B. Finger[8] und

[8] Finger, *Die Syphilis und die venerischen Krankheiten.* 1892. III. Aufl. pag. 163.

Kaposi[9] in ihren Lehrbüchern die primäre Neuritis opt. specif., schweigen aber gänzlich über die Chronologie derselben; jedoch behandelt ersterer die Opticusfrage überhaupt im Kapitel über tertiäre Syphilis. Fournier[10] unterläfst es in seinem letzten grofsen Werke über Syphilis die Sehnervenentzündungen unter den sekundären Symptomen zu schildern; dieselben treten, seiner Meinung nach, am häufigsten in der tertiären Periode auf. Und endlich Neumann[11] behauptet schlechthin, dafs „alle syphilitischen Sehnervenerkrankungen, welcher Art immer sie sein mögen, der Spätperiode angehören". Was die Ophthalmologen anbetrifft, so giebt Talbot[12] in seiner Statistik drei Jahre nach der Infektion als den frühesten Zeitpunkt für die Entstehung aller syphilitischen Opticusleiden an. Schmidt-Rimpler[13] erkennt die primäre Sehnervenentzündung für ein frühzeitiges Leiden, das „in einzelnen Fällen, bisweilen sogar wenige Monate nach der Infektion zu Tage treten" kann. Desgleichen Knies[14], welcher dieselbe in der Regel verhältnismäfsig früh, im achten bis zwanzigsten Monat nach der Infektion vorkommen läfst; und ebenso Januszkiewicz[15], nach dessen Statistik die akute, spezifische Neuritis opt. vorwiegend der frühzeitigen, meistens im ersten bis fünften Jahre nach der Infektion sich einstellenden Erkrankungen angehört. Nur einmal sah Januszkiewicz die akute optische Neuritis 2½ Monate nach der Infektion auftreten, also noch früher, als es in unserem Falle war. Leider finden wir bei diesem Autor keine Angaben bezüglich der beiden Inkubationsperioden in seinem Falle, weshalb es unerklärlich bleibt, ob die Neuritis 2½ Monate nach dem infizierenden Verkehr oder aber nach dem Auftreten des infizierenden Geschwürs sich eingestellt hat. Letzteren Falles wären unsere beiden Beobachtungen ganz analog.

---

[9] Kaposi, *Pathologie und Therapie der Syphilis.* 1891. pag. 309.
[10] Fournier, *Traité de la syphilis.* 1898—99. Bd. I. Liefer. 3. pag. 75 (russ. Übers.)
[11] Neumann, *Syphilis.* 1896. pag. 675. (*Nothnagels spezielle Pathol. u. Therap.* Bd. 23.)
[12] Talbot, l. c. pag. 456.
[13] Schmidt-Rimpler, l. c. pag. 480.
[14] Knies, l. c. pag. 430.
[15] Januszkiewicz, l. c. pag. 358.

Über Onychoschisis lamellina.

Von

Dr. Wilhelm Wechselmann-Berlin.

Vor einigen Monaten hat Ehrmann (Mannheim) in *dieser Zeitschrift*, Bd. XXXIV. No. 2, einen als Onychoschisis bezeichneten Fall beschrieben. Die Seltenheit der Affektion und der beklagte Mangel an kasuistischem Material in der Onychopathologie veranlassen mich, einen analogen Fall zu veröffentlichen.

Am 8. März 1902 stellte sich mir ein Porträtmaler vor, welcher im Oktober 1901 eine Entzündung der Finger gehabt hatte, welche sich durch Rötung und Jucken charakterisierte, aber nicht näfste und in wenigen Tagen unter horniger Verdickung der Epidermis, die sich langsam abstiefs, heilte. Diese Entzündung soll sich mehrmals wiederholt haben. Seit vier bis sechs Wochen bildete sich eine Affektion der Nägel des Daumens, des zweiten, dritten und vierten Fingers der rechten Hand aus; diese zeigen am freien Nagelrand, welches weiter als in der Norm durch eine grauschwärzliche, bröcklige Masse vom Hyponychium abgehoben ist, schmutzig schwärzliche Verfärbungen, welche den seine Hand peinlich pflegenden Patienten wegen des Eindrucks von Nagelschmutz, den sie hervorbringen, sehr stören. Besonders stark tritt diese Verfärbung an dem Nagel des zweiten Fingers hervor, welcher in mehr als ein Drittel seines distalen Teiles verdickt, stumpf, schwarz verfärbt ist, und dessen entarteter Teil in der von Ehrmann geschilderten Form in zwei Lamellen gespalten ist, so dafs man zwischen diese ein Kartenblatt legen kann; es würde der Längsschnitt des Nagels eine Y-förmige Figur mit einem dem Nagelbett anliegenden unteren und einem freien oberen Schenkel darstellen. Eine Querfurchenbildung besteht an keinem Nagel. Die Haut der rechten Fingerspitzen, besonders der Fingerbeeren — viel weniger der linken — zeigt die obersten Epidermisschichten bräunlich verfärbt, glatt, trocken, hornig, der Unterlage sehr fest anhaftend. (Ekzema tyloticum mit subungualer Hyperkeratose). Durch diese Veränderung, welche auch das Hyponychium und die untere Fläche der Nägel betrifft, erklärt sich die Schwarzfärbung dieser.

Eine Untersuchung auf Trichophyten ergab kein Resultat. Unter reichlichen Handbädern mit grüner Seife und Verbänden mit Ungt. Plumbi vaselin. heilte die Affektion, so dafs jetzt im Juni sich selbst an dem am

schwersten betroffenen Nagel nur noch eine Verdickung des freien Randes und stärkere Entwickelung der Längsleisten nachweisen läßt.

Es ist also in diesem Falle die Onychoschisis lamellina — wie ich vorschlagen würde, die Affektion zu benennen — als eine Folge von rezidivierendem lokalisiertem Ekzem mit Ausgang in Tylosität und subungualer Hyperkeratose (H. v. Hebra, *diese Zeitschrift*, 1887, No. 7, S. 291) aufzufassen.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1902. Band 60, Heft 8.

I. **Zur Kenntnis der accessorischen Gänge am Penis**, von Rudolf Paschkis-Wien. Die meisten Autoren unterscheiden:

1. Gänge an der Glans penis, entweder in den Lippen der Urethralöffnung oder in der Umgebung der letzteren.

2. Gänge an der Unterfläche der Glans und des Corpus penis.

3. Gänge zwischen den Blättern des Präputium.

4. Gänge am Dorsum penis.

Verfasser stellt die in der Litteratur publizierten Fälle der drei ersten Gruppen tabellarisch zusammen, teilt die Krankengeschichten von zwölf selbst beobachteten Fällen und die Resultate der mikroskopischen Untersuchung mit. Auf Grund derselben scheint es Verfasser am zweckmäßigsten, die unter dem Namen „paraurethrale Gänge" zusammengefaßte accessorischen Öffnungen am Penis auf rein anatomisch-histologischer Basis folgendermaßen einzuteilen:

1. „Krypten, das sind Einstülpungen der äußeren Haut von mehr oder weniger beträchtlicher Tiefe, die bis an ihr Ende von typischem Hautepithel samt Hornschicht bekleidet sind.

2. Irreguläre Talgdrüsen, deren Ausführungsgänge ohne Vermittelung von Haaren an der Oberfläche frei münden.

3. Paraurethrale Gänge sensu strictiori; Gänge mit geschichtetem Pflasterepithel oder mit Übergangsepithel bekleidet, zum Teil mit Drüsen; also sowohl entwickelungsgeschichtlich als histologisch zur Urethra gehörend."

II. **Über angeborenen Haarmangel**, von Bettmann-Heidelberg. Will man die angeborenen Anomalien des Haarwachstums verstehen, so vergegenwärtige man sich von den normalen Vorgängen zunächst zwei fundamentale Thatsachen:

1. Die primäre Anlage der Haare am Kopfe beginnt in der 16. Fötalwoche;

2. der fötale Haarwechsel leitet sich am Kopfe im 8.—9. Monate ein.

Danach kann man hinsichtlich des zeitlichen Einsetzens und der Folgen der Schädigung sagen:

A. Die Störung betrifft den Fötus vor Anlage der Haarkeime. Mögliche Folgen sind: 1. Völliges Unterbleiben der Haaranlagen, 2. Verspätung der Haaranlagen.

B. Die Störung wirkt auf den Fötus während der Ausbildung der Primärhaare. Mögliche Folgen sind: 1. Verzögerte Ausbildung, 2. definitive Unterbrechung der

Ausbildung (mit konsekutiver Rückbildung), 3. Dysplasie der Haarkeime (Beziehung zu Naevusbildungen).

C. Die Störung betrifft den fötalen Haarwechsel. Mögliche Folgen: 1. Der Haarwechsel unterbleibt a) mit Erhaltenbleiben des Primärhaares, event. mit Weiterwachsen desselben (gewisse Formen der Hypertrichose), b) mit Untergang des Primärhaares; 2. der Haarwechsel verzögert sich, d. h. das Lanugohaar fällt zur normalen Zeit oder später aus, und das Sekundärhaar entwickelt sich abnorm spät.

So manche Hemmungsbildung, auf welche dieses Schema hinweist, wäre sachgemäßer Atrichie, Hypertrichose oder Trichostase als Alopecia congenita zu bezeichnen. Es bleibt allerdings fraglich, ob sich für alle möglichen Hemmungsbildungen auch prägnante Fälle in der Litteratur beibringen lassen.

Aus dem klinischen Bilde, das die Haarlosigkeit darbietet, läßt sich weder auf die Ursache derselben schließen, noch die eine Art der Alopecia congenita von der anderen unterscheiden. Eher dürfte dies durch die anatomische Untersuchung möglich sein. Der Verfasser rekapituliert das wesentlichste aus der einschlägigen, im ganzen sehr spärlichen Litteratur und teilt dann seine eigenen Beobachtungen und Untersuchungen mit, die sich auf zwei Krankheitsfälle bezogen.

In dem ersten Falle war von besonderem Interesse die Beobachtung, daß sich bei dem 40jährigen Patienten neben einem starken, in der Pubertät aufgetretenen Schnurrbart und einer dichten Behaarung der Sternal- und Pubikalgegend zwei anscheinend entgegengesetzte Abnormitäten finden, die Atrichie am Kopfe und in der Achselhöhle einerseits und daneben die Hypertrichose an den Vorderarmen. Man wird dieselbe wohl auf eine Persistenz der Lanugo zurückzuführen haben. Es würde somit eine Störung des Haarwechsels vorliegen. Vielleicht liegt auch der Atrichie des Patienten eine Schädigung zu Grunde, welche erst mit dem Haarwechsel einsetzte. Ein Beweis für diese Annahme war allerdings nicht zu erbringen. An sich ist schon die Kombination der partiellen Atrichie mit der Hypertrichosis lanuginosa eine seltene Erscheinung.

In dem zweiten Falle handelte es sich um fast komplete Atrichie, die jedoch nicht auf ein kompletes Fehlen der Haaranlage zurückgeführt werden konnte, da der Patient einen Schnurrbart besitzt und die Angabe machte, daß er um die Pubertätszeit vorübergehend auch Kopfhaare bekommen habe. Ob diese den Charakter der Lanugo oder des markhaltigen Sekundärhaares trugen, war nicht festzustellen. Es fehlt somit die Möglichkeit zu entscheiden, ob jene Haare auf ein sehr verspätetes Hervortreten der Haaranlagen überhaupt oder auf einen verspäteten Haarwechsel zu beziehen wären.

Die Untersuchung von Serienschnitten in diesem Falle ergab Befunde, die sich mit den Ergebnissen von Schede und Ziegler im wesentlichen deckten. Sie gestatteten aber auch ein sicheres Urteil über die Atrichie des Patienten. Denn in dem Hautstück, das im extrauterinen Leben niemals Haare trug, fanden sich nicht nur vollständige äußere Wurzelscheiden im Zusammenhang mit dem Follikel und mit typischen Papillen endend, sondern noch Reste abgestoßener und aufgefaserter markloser Haare, aber nirgends Ersatzhaare. Demnach muß in dieser Haut die vollständige Anlage von Lanugohaaren stattgefunden haben, aber der Haarwechsel ist vollständig unterblieben. Diese Annahme gilt für die Regio pubica und die Achselhöhle. Die Kopfhaut zeigte allerdings nur äußere Haarwurzelscheiden und hochgradige Rückbildungserscheinungen, dagegen keine Haarüberreste, die jedoch wegen der starken Erweiterung der Follikelausführungsgänge leichter ausgefallen sein mögen.

Was den Nachwuchs der bleibenden Haare verhinderte, konnte auch durch die anatomische Untersuchung nicht festgestellt werden. Ob man die anormalen Wuche-

rungen, welche an der äufseren Haarwurzelscheide gefunden wurden, für das Ausbleiben des Haarnachwuchses verantwortlich machen solle, dürfte gewagt erscheinen. Sicher aber kann man sie als Zeichen der definitiven Unterbrechung des Haarwechsels nach Abstofsung der Primärhaare auffassen.

III. **Noma und Nosocomialgangrän**, von R. Matzenauer-Wien. Verfasser will in der vorliegenden Arbeit auf Grund klinischer Vergleiche und bakteriologischer Befunde den Beweis bringen, dafs Noma und Spitalsbrand identische Prozesse sind. Er resumiert seine Betrachtungen folgendermafsen:

„Noma ist eine Infektionskrankheit; sie tritt zuweilen epidemisch auf.

Noma kommt nicht nur im Gesicht, sondern häufig auch in der Genital- und Analgegend vor, seltener in zerstreuten Herden an der äufseren Körperhaut; gelegentlich wurde auch die brandige Zerstörung ganzer Extremitäten beobachtet.

Die Übertragungsgefahr ist gering; die Infektion haftet nur unter besonders begünstigenden Bedingungen (mit Vorliebe an der Mund- und Analöffnung namentlich bei schwerkranken, benommenen oder sonst unreinlichen Individuen infolge mangelnder Säuberung).

Noma ist eine Gangrän ohne Gasbildung gleich dem Spitalsbrand.

Der klinische Aspekt und Verlauf der nomatösen und der Hospitalgeschwüre ist bei beiden ein völlig analoger. Die Voraussetzungen, dafs Noma einerseits eine nicht ansteckende, Spitalsbrand andererseits eine hochgradig infektionsgefährliche Krankheit sei, Voraussetzungen, auf Grund deren man bisher allgemein einen prinzipiellen Unterschied zwischen beiden Prozessen erblicken mufste, sind hinfällig: denn einerseits ist Noma infektiös und andererseits ist die Infektionsgefahr bei Spitalsbrand durchaus keine hochgradige, sondern im Gegenteil gelingt die künstliche Übertragung des Spitalbrands nur schwer und unter besonders begünstigenden Bedingungen, so dafs viele namhafte Chirurgen älterer Zeit die Infektiosität des Spitalbrands gänzlich leugneten. Die Thatsache, dafs Noma meist nur im Gefolge einer schweren Allgemeinerkrankung auftritt, findet darin ihre Erklärung, dafs durch diese eben jene prädisponierenden Momente geschaffen werden, unter welchen die sonst schwer übertragbare Krankheit haftet.

Über Spitalsbrand wurden von älteren Autoren vielfach ähnliche Angaben gemacht, nämlich dafs er hauptsächlich schwächliche, kachektische, durch Dyskrasien (Skrophulose, Syphilis, akute oder chronische Alkoholintoxikation etc.) oder durch Strapazen aller Art herabgekommene Individuen befalle. Umstände, welche natürlich immer nur eine prädisponierende Rolle für die Haftung der Infektion spielen können.

Der histologische Befund ist bei Noma wie Spitalsbrand der absolut gleiche: ein frühzeitig zur Koagulationsnekrose des Gewebes führender Entzündungsprozefs.

Die bakteriologische Untersuchung ergiebt dieselben anaëroben, stäbchenförmigen Bacillen, welche ich bei Hospitalbrandgeschwüren (bis Frühjahr 1900 bei 23, seither bei noch mehr untersuchten Fällen) gefunden habe.

Nachdem klinisch keine bestimmte Grenze zwischen Noma und Spitalsbrand zu ziehen ist, andererseits das histologische Bild und insbesondere der bakteriologische Befund bei beiden der absolut gleiche ist, so mufs Noma dem Spitalsbrand zugerechnet werden und darf nur als besondere Bezeichnung für eine bestimmte Form und Lokalisation des Spitalbrands gelten."

IV. **Die Behandlung der akuten und subakuten Blennorrhoea anterior mit rückläufigen Einspritzungen stärkerer Silberlösungen**, von H. G. Klotz-New York. Verfasser hat bei der Behandlung der Blennorrhoe mit Irrigationen von Sublimat- oder Kalium permanganicum- oder Argentum nitricum-Lösung die Erfahrung gemacht, dafs „im allgemeinen eine medikamentöse Flüssigkeit von der Schleimhaut

der Harnröhre weit besser vertragen wird, objektiv und subjektiv weit geringere Reizung hervorruft, wenn sie von hinten nach vorn als in umgekehrter Richtung vom Meatus aus gegen den Bulbus hin die Harnröhre durchfliefst". Gestützt auf diese Erfahrung bedient Verfasser sich einer etwas vergrößerten Braunschen Uterusspritze aus Hartgummi mit ca. 3 ccm haltendem Glasrohr. Dem abgestumpften Ende der Spritze wird ein ca. 18 cm langes, leicht gebogenes Hartgummirohr aufgesetzt, welches in einen aufgeschraubten, olivenförmigen Knopf von No. 16 bis 18 der französischen Skala ausgeht. Die Öffnung ist seitlich, so dafs das Einfliefsen der Lösung in die Urethra posterior erschwert wird. Bei engem Meatus gebraucht Verfasser die Ultzmannsche oder Keyessche Metallspritze. Die Lösungen werden in ganz frischen Fällen bis in die Mitte der Pars pendula, in älteren bis zum Bulbus gebracht und zwar in der Weise, dafs, wenn die Spritze die Fossa passiert hat, und die Harnröhrenmündung mit den Fingern verschlossen worden ist, man anfängt, die Lösung tropfenweise ausfliefsen zu lassen und die Spitze langsam vorwärts bewegt. Verfasser folgt im wesentlichen einer Methode, welche von Sehlen im Jahre 1894 beschrieben hat (vergl. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 18, S. 596). Durch den leider zu früh erfolgten Tod des Verfassers mag die an sich sehr brauchbare Methode bald in Vergessenheit geraten sein, da sie nicht einmal Finger in der neuesten Auflage seines Lehrbuches (1900) erwähnt. Verfasser hielt es für eine Pflicht der Dankbarkeit gegen den verstorbenen Kollegen, seine Methode ausführlich zu beschreiben und in etwas modifizierter Form wieder zu Ehren zu bringen.

Kommen Patienten wenige Tage nach erfolgter Infektion in Behandlung, zu einer Zeit, wo die lokalen Entzündungserscheinungen, wie Röte und Schwellung der Schleimhaut des Orificium, Brennen beim Urinieren, Jucken in der vorderen Harnröhre, nur sehr gering oder gar nicht vorhanden sind, so schlägt Verfasser nachstehendes Verfahren ein: „Nach Entleerung der Blase wird sofort eine Einspritzung einer Silberlösung vorgenommen, wie Argent. nitric. 0,25—0,50%, Protargol 2—4% oder Albargin 2—5%, und zwar wird die Flüssigkeit etwa 3—4 Zoll (8—10 cm) hinter der Harnröhrenmündung, also nicht ganz im Bulbus entleert. Meist wird zuerst die schwächere Lösung probiert, und wenn dieselbe nur unbedeutendes Brennen verursacht, wird eine zweite Spritze mit der stärkeren Lösung hinzugefügt; die Flüssigkeit wird einige Minuten in der Harnröhre zurückgehalten und durch vorsichtiges Zusammendrücken des Penis von aufsen her möglichst in der ganzen vorderen Harnröhrenpartie zur Verteilung gebracht. Erscheint der Patient in der Vormittagssprechstunde, so macht er dann vor dem Abendessen (6 bis 7 Uhr) und vor dem Schlafengehen eine Einspritzung mit gewöhnlicher Tripperspritze; am besten ist folgende Lösung zu benutzen:

℞	*Acid. boric.*	1,50
	Plumbi acetic.	
	Zinc. sulfur.	ää 0,75
	Glycerini	5,00
	Aquae	120,00.

Am nächsten Morgen macht der Patient keine Einspritzung, sondern stellt sich wieder in der Sprechstunde ein, um wiederum eine Silbereinspritzung meist mit der stärkeren der oben genannten Lösungen appliziert zu bekommen. Am Abend verfährt er wie des Tages zuvor, desgleichen am dritten Tage nach erneuerter Silberinjektion. Diese wird am vierten Tage ausgesetzt, dafür dreimal die eigene Einspritzung gemacht. Am fünften Morgen wieder Silberinjektion, Fortsetzung der anderen Einspritzung bis zum siebenten Tage morgens, von da ab keinerlei Behandlung bis zum achten Tage früh, wo die Untersuchung womöglich vor dem Ent-

leeren des Nachturins vorzunehmen ist. Auch wenn keine Erscheinungen von Blennorrhoe mehr vorhanden sind, wird die Silberinjektion nochmals wiederholt, dann aber alle Behandlung ausgesetzt, es müfsten denn neuerdings Ausfluſs oder Gonokokken auftreten.

Verfasser hat kürzlich, um die Wirksamkeit des Albargins zu prüfen, nach der eben beschriebenen Methode 15 ganz frische Fälle behandelt. Von diesen wurden 11 innerhalb von acht Tagen als geheilt entlassen. Die Durchschnittszahl der (Doppel)-Injektionen der 2%igen Albarginlösung betrug bei diesen Patienten nur vier. Recht häufig war schon vom dritten Tage ab kein Sekret mehr vorhanden. Es empfiehlt sich aber, die Behandlung noch einige Tage fortzusetzen.

Als geheilt sieht Verfasser den Kranken an, wenn Absonderung und Gonokokken völlig verschwunden sind und verschwunden bleiben, nachdem jede Behandlung ausgesetzt, und der Patient mehrere Wochen seine gewohnte Lebensweise, namentlich hinsichtlich der geistigen Getränke wieder aufgenommen hat. Was die Urethralfäden betrifft, so ist Verfasser durch langjährige Erfahrung zu der Überzeugung gekommen, „daſs es nicht in allen Fällen möglich ist, dieselben vollständig zu beseitigen, und daſs die Versuche, dies zu erreichen oft mehr Schaden als Nutzen bringen, ferner daſs das Fortbestehen derselben weder für die Männer selbst noch für die Frauen, mit welchen sie geschlechtlichen Umgang haben, die geringsten Nachteile bringt, selbst wenn dieselben neben Epithelien noch Eiterkörperchen in geringer Anzahl enthalten.“ Deshalb kann Verfasser auch nicht Leven darin beistimmen, daſs, so lange Eiterkörperchen sich vorfinden, man die Anwesenheit von Gonokokken anzunehmen habe.

Nachdem Verfasser an einer Reihe von Krankengeschichten die Brauchbarkeit der Methode illustriert hat, empfiehlt er dieselbe auf das wärmste der vorurteilsfreien Prüfung erfahrener, sachverständiger Kollegen.

V. **Partielle Gangrän nach Injektion einer öligen Lösung von Hydrargyrum bijodatum,** von Pflüger-Bern. Ein 27jähriger Uhrmacher wurde eines syphilitischsuspekten Augenleidens wegen vom Verfasser mit Injektionen von Oleum hydrargyr. bijodat. behandelt. Nachdem 30 Injektionen gut ertragen worden waren, trat während der 31. Injektion ein derart heftiger, unerträglicher, lokaler Schmerz mit plötzlichem Blaſswerden des Patienten auf, daſs die Injektion nicht vollendet werden konnte. Aus der Einstichstelle floſs nach dem Zurückziehen der Kanüle kein Tropfen Blut. Die Schmerzen waren in den nächsten drei Tagen intensive und lieſsen erst später allmählich nach. Am Morgen nach der verhängnisvollen Injektion zeigte sich eine derbe Schwellung der später sich abstoſsenden Partien, die einen unregelmäſsigen Bezirk von ca. 10 cm Länge und 6 cm Breite einnahmen. Über dieser derb infiltrierten Partie fanden sich zahlreiche, mehr als zwölf wasserhelle, stecknadelkopfgroſse Bläschen, die platzten und eine Wundfläche der ganzen Partie hinterlieſsen. Am zweiten Tage trat Braunfärbung, am dritten Blaufärbung der infiltrierten Stellen auf. Der Patient fühlte sich krank, war appetitlos und fieberte. Die der Einstichstelle zunächstliegenden Gewebsteile begannen sich zu demarkieren, und nach ca. acht Tagen erfolgte die Abstoſsung derselben, worauf ein tiefgehender Defekt zum Vorschein kam, der nur sehr langsam abheilte. Verfasser hat seitdem keine intramuskulären Injektionen mehr vorgenommen. Der intensive Schmerz, die allgemeinen Reflexerscheinungen (Blaſswerden), die Herpeseruption im Gebiete der infiltrierten Partie deuten auf eine direkte Verletzung eines Nervenastes hin. Verfasser findet eine Analogie des Herpes in dem von Touton nach Hg-Injektion beobachteten Zoster und den von Bardach gesehenen Bläschen um die Einstichstellen.

VI. **Der Masernbacillus**, von v. Niessen-Wiesbaden. Der Verfasser hat am 16. Juni 1901 seinem 9jährigen Töchterchen auf der Höhe eines heftigen Masernexanthems, nachdem die Ellenbeuge gründlich desinfiziert worden war, aus der Vena mediana des rechten Armes mit Pravazscher Spritze 1 ccm Blut abgezapft. Dasselbe wurde sogleich in zwei Röhrchen mit Nährgelatine und Bouillon verteilt und im Brütofen aufbewahrt. Nach wenigen Tagen zeigte das Mikroskop kleine, kurze Stäbchen, die einzeln und in Nestern zusammenlagen. Bald fanden sich auch ziemlich lange, bis fadenförmige, teils scheinbar homogen strukturierte, teils segmentierte Individuen resp. Ketten solcher vor. Die Fortzüchtung gelingt auf allen Medien gut.

Die morphologischen Verhältnisse sind ja nach der Beschaffenheit des Mediums wechselnde. Auf der Kartoffel prävaliert anfangs die mehr klein-bacilläre bis kokkenartige Form, während sich in körperwarm gehaltener Gelatine mehr die gestreckte, fadenförmige, teils homogen strukturierte, teils segmentierte Bacillenform entwickelt. Sehr bald treten plasmatische Differenzierungen im Bacillenkörper auf, die sich durch ein scheckiges Aussehen derselben kennzeichnen. Heller und dunkler gefärbte Partien wechseln regellos mit einander ab.

Die Masernbacillen färben sich gut mit Karbolfuchsin und nach Gram-Nicolle.

1902. Band 61. Heft 1.

I. **Studien über endemische und hereditäre Syphilis**, von E. von Düring-Konstantinopel. Der Verfasser hat in der Türkei und besonders während seines zweijährigen Aufenthaltes in der Provinz Castamuni ein riesiges Material gesammelt, über welches er in einer Reihe von Arbeiten berichten will.

Die Bezeichnung „endemische Syphilis“ möchte Verfasser nur insofern gelten lassen, als die Krankheit in abgeschlossenen Gebieten, wie in Bosnien, Serbien, in Kleinasien, an gewisse eigentümliche Bedingungen geknüpft ist. So überwiegt in jenen Ländern, ebenso wie in manchen Gegenden des inneren Rufsland, die accidentelle, die nicht geschlechtlich übertragene Syphilis, die Syphilis insontium und mit ihr die extragenitalen Primäraffekte. Man beobachtet hier häufiger die schweren tertiären Formen der Syphilide, die Knochenerkrankungen, als die Frühformen. Dagegen fehlen die Erkrankungen des Nervensystems.

Verfasser hat sich eingehend mit der Frage der Häufigkeit der Spätsymptome und der Ursache der letzteren beschäftigt und ist zur Überzeugung gekommen, dafs

1. die Durchschnittsziffer der Späterkrankungen bei endemischer Syphilis nicht so hoch ist, wie man bis jetzt angenommen hat;

2. die Ursache der immerhin 30% übersteigenden Zahl in folgenden Dingen zu suchen sei:

a) infolge der fehlenden Behandlung in der Frühperiode wird die absolute Zahl der Spätsyphilitiker sehr hoch;

b) infolge der fehlenden Behandlung in der Spätperiode bestehen die Tertiärsymptome jahrelang und erhöhen dadurch auch noch die relative Zahl der Spätsyphilitiker in den Statistiken;

c) die ungenügende Ernährung und andere den Gesamtorganismus schwächende Faktoren haben einen grofsen Einfluſs auf die Höhe der Zahl der Späterkrankungen.

Die Bevölkerung, von der Verfasser spricht, kennt trotz der Armut keine Nahrungssorgen, keine politischen und sozialen Kämpfe mit ihren Erregungen und vor allem — keinen Alkohol. Ihre Ansprüche an Hirn und Nerven sind gleich Null. Deshalb giebt es hier keine Erkrankungen des Nervensystems, die „ätiologisch“ mit der Syphilis zusammenhängen, „morphologisch“ aber nicht zu ihr gehören.

Von Interesse sind die Bemerkungen des Verfassers über Tabes und Syphilis.

Er sagt: „Ich muſs erklären, daſs meine hiesigen Erfahrungen mich zu einem entschiedenen Gegner der Ansicht von der syphilitischen Ätiologie der Tabes gemacht haben.“

„Es ist doch sehr wunderbar, daſs unter vielen Tausenden von Syphilitikern hier nicht ein Tabesfall vorkommt. Fast das gleiche gilt von der progressiven Paralyse, jedoch habe ich einige Fälle dieser Erkrankung gesehen. Wenn aber 15—20% der Bevölkerung syphilitisch sind oder gewesen sind, dann wäre es doch nicht zu verwundern, wenn auch einmal Syphilis und Paralyse zufällig sich auf einem Individuum treffen.“

„Ich muſs sagen, daſs die Art — wofür die meisten Statistiken den Beweis erbringen — wie Syphilis förmlich in die Kranken hinein examiniert wird, mir von vornherein jedes Vertrauen gerade zu den am meisten erwähnten Statistiken genommen hat.“

„Ich vermag überhaupt den Begriff der „Parasyphilis“ je länger, je weniger mir anzueignen. Daſs zu den massenhaften Ursachen, welche unter unseren europäischen Verhältnissen die Widerstandskraft des Organismus, des Nervensystems herabsetzen müssen — der Kampf ums Dasein, Massenhaftigkeit der täglich auf den ienzelnen einstürmenden Eindrücke und Erregungen, Unregelmäſsigkeit der Lebensweise und Ansprüche des gesellschaftlichen Lebens, Alkohol —, auch die Syphilis treten kann, ist zweifellos.“

Verfasser erklärt dann, besonders mit Beziehung auf Frankreich, die interne intermittierende, chronische Quecksilberbehandlung als direkt schädlich und verwerflich.

„Zur Heilung der Syphilis ist die allererste Bedingung, daſs der ganze Organismus kräftig, gesund, widerstandsfähig sei. Bei der internen, chronisch-intermittierenden Behandlung ist aber nach meinen in dieser Hinsicht sehr lehrreichen Konstantinopeler Erfahrungen die Zahl der durch die Medikation neurastheuischen, kachektischen, anämischen Individuen so groſs, daſs hierfür mehr die Therapie, als die Krankheit verantwortlich zu machen ist.“

„Wenn bei der Bevölkerung der Groſsstädte, und besonders von Paris, in gewissen Klassen die Syphilis sehr häufig ist, so sind in denselben Klassen auch die übrigen, das Nervensystem schädigenden Ursachen häufig: Not, Sorge, Aufregung, unregelmäſsiges Leben, Ausschweifungen, Alkoholmiſsbrauch, Überanstrengungen. Es kann deshalb nicht auffallen, wenn wir auch Syphilis und Tabes häufiger auf demselben Individuum treffen. Will man sagen, daſs Syphilis eine der das Nervensystem schädigenden Ursachen ist, welche zu Tabes u. s. w. disponieren, so kann man das gelten lassen, aber alle anderen Ursachen allein können Tabes zur Folge haben und spielen ohne Syphilis sicher in der Mehrzahl der Fälle von Tabes die wichtigste Rolle.“

Der Verfasser schlieſst seine Bemerkungen zur Tabes und Syphilis mit den Worten: „Nach meinen Erfahrungen in Anatolien kann ich jedenfalls nicht sagen, daſs Syphilis die Ursache der Tabes ist!“

II. **Über den Verbrennungstod**, von St. Weidenfeld-Wien. 1. Abhängigkeit des Verbrennungstodes von der Gröſse der verbrannten Hautfläche. Von einem eigentlichen Verbrennungstode kann man nur dann sprechen, wenn der Tod in den ersten Tagen nach der Verbrennung, und zwar im Zeitraum zwischen Verbrennung und Beginn der Eiterung erfolgt.

Für die in der einschlägigen Litteratur sich vielfach widersprechenden Ansichten bezüglich der Prognose der Verbrennungen findet Verfasser in der mangelhaften Abschätzung der lädierten Hautpartien eine Erklärung. Um nach dieser Richtung hin

klarere Vorstellungen zu bekommen, hat er in einer Reihe von Fällen genau die Gesamtoberfläche des Individuums und die der verbrannten Hautpartien zu bestimmen und zueinander in Beziehung zu bringen gesucht.

Verfasser hat die Resultate in Tabellen zusammengestellt. Die erste Tabelle enthält die Maße der Oberflächen der einzelnen Körperteile; die zweite Tabelle: das Verhältnis der Oberflächen einzelner Körperteile zur Gesamtoberfläche. Von Interesse ist die Angabe, daß die Summe der Oberschenkel und des Rumpfes fast gleich der Hälfte des Körpers ist. Nach dieser zweiten Tabelle lassen sich dann die Verhältnisse zwischen verbrannten Partien und Gesamtoberfläche leicht bestimmen. Verfasser hat in einer Reihe von Fällen die Verhältnisse berechnet und sie durch direkte Messungen zu bestätigen gesucht. Die gefundenen Zahlen geben Aufschluß über den eventuell bestehenden Kausalnexus zwischen der Größe der verbrannten Hautfläche und dem hierdurch erfolgten Verbrennungstode. Die Krankengeschichten von 29 Fällen von Verbrennungen dritten Grades werden mitgeteilt und in ihren Ergebnissen tabellarisch zusammengestellt. Danach kann der Tod noch bei einer Verbrennung von $^1/_5$ der Körperoberfläche eintreten. Bei einem Sechstel tritt er sogar häufig ein. Es ist sicher, daß mit der Größe der verbrannten Körperoberfläche die Zeit bis zum Eintritt des Todes immer geringer wird. Wichtig ist indessen für die Beurteilung auch die Konstatierung der Tiefe der Verbrennung. Auch bei kleinerer Verbrennungsoberfläche kann infolge der Tiefe der Verbrennung die Zeit bis zum Todeseintritt stark verkürzt werden. Es handelt sich eben im ganzen nur um die verbrannte Masse.

Für Verbrennungen zweiten Grades ist gefunden worden, daß bei $^1/_5$ verbrannter Fläche der Tod nach 70 Stunden, bei $^2/_5$ verbrannter Fläche nach 120 Stunden und nach fast totaler Verbrühung nach 40 Stunden erfolgte.

III. **Über Acrodermatitis chronica atrophicans**, von K. Herxheimer und K. Hartmann-Frankfurt a. M. In dem vorliegenden Abschnitte werden die Krankengeschichten von 12 Fällen und die Resultate der mikroskopischen Untersuchung mitgeteilt. Sowohl klinisch wie histologisch kann man bei der Affektion ein Infiltrationsstadium und ein atrophisches Stadium unterscheiden.

Aus der Kasuistik sei hier das Wesentlichste der Krankengeschichte des ersten Falles wiedergegeben.

Der Fall betraf einen 41jährigen Schuhwarenhändler. Seine jetzige Hautaffektion begann vor 17 Jahren mit bläulichroten, härtlichen Stellen auf dem rechten Handrücken in der Nähe der Fingergelenke. Einige Jahre später wurde die Streckseite des rechten Ellenbogens ergriffen, dann der linke Handrücken und zuletzt die Streckseite des linken Ellenbogens.

Gegenwärtig ist die Haut des Fingerrückens der drei mittleren Finger rechts blaurötlich verfärbt und weist viele kleine Querfalten auf, so daß sie wie „zerknittertes Cigarettenpapier" aussieht. Um die Streckseite der Gelenke herum ist die Haut etwas infiltriert und intensiver gefärbt. Die vordere Hälfte des rechten Handrückens ist atrophisch, stellenweise fühlt man jedoch noch Spuren von Infiltration.

Während des Aufenthaltes im Krankenhause bekam der Patient eine markstückgroße Stelle über der Nasenwurzel. Dieselbe ist kreisrund, dunkelrot und derb anzufühlen.

Kurze Zeit später begann am rechten Ellenbogen ein Hautstreifen, der sich bei der ersten Untersuchung noch infiltriert angefühlt hatte, atrophisch zu werden.

Die mikroskopische Untersuchung erstreckte sich auf Stückchen infiltrierter und auf solche atrophischer Haut.

Das Gesamtergebnis wird in dem Schlußartikel mitgeteilt werden.

IV. **Zur Histopathologie der venerischen Bartholinitis**, von G. Nobl-Wien. In 16 Fällen ist es Verfasser gelungen, durch Exstirpation der ergriffenen Drüsen eine Präparatenserie herzustellen, durch welche sich alle im Verlaufe der blennorrhoischen Infektion im Ausführungsgange, seinen Ramifikationen, dem Drüsenparenchym und in den periglandulären Gewebslagen etablierten Veränderungen genau studieren liefsen. Die Drüsen wurden nach der Methode von E. Lang stets mit dem Ausführungsgange exstirpiert.

Die Methode wird ausführlich beschrieben. Hierauf werden die histologischen Befunde in jedem einzelnen Falle eingehend besprochen. In einem Schlufsartikel will dann der Verfasser ein Übersichtsbild der venerischen Bartholinitis bringen.

V. **Ein Fall primärer Hautsarkomatose**, von G. Pini-Bologna. Der Fall betraf eine 25jährige Bäuerin, die im Januar 1900 nach der Geburt eines Kindes in der Rücken-Lendengegend eine kleine Anschwellung wahrnahm. Als diese in kurzer Zeit die Gröfse einer Bohne erreichte, konsultierte die Patientin einen Arzt, der ihr das Gewächs ausschnitt und die Excisionsstelle auskratzte. Bereits nach 15 Tagen hatte sich der Tumor neugebildet und zeigte nunmehr ein rapides Wachstum. Gleichzeitig waren rechts und links vom primären Tumor über der Crista des Darmbeines andere entstanden. Das Allgemeinbefinden der Patientin verschlechterte sich, ihre Kräfte nahmen ab, so dafs sie die Klinik aufsuchen mufste. Nach ca. 2 Monaten erfolgte der Tod der stark abgemagerten Frau.

Die Sektion ergab folgenden Befund: Oedema cerebralis, Hydrops ascites. Induratio amyloidea cordis, renum, lienis. Lien malaricum. Catarrhus intestinalis, Degeneratio grassa hepatis. Sarcomatosis cutis, Sarcomatosis pulmonum.

Der Verfasser bespricht eingehend die Differentialdiagnose des Falles und teilt das Resultat der Untersuchung des in vivo excidierten primären Tumors und der post mortem entnommenen Hautstückchen mit.

Aus den anatomischen Befunden geht hervor, dafs man es bei dem primären Tumor mit einem Spindelzellensarkom zu thun hatte, das vom Gewebe der Haut seinen Ausgang genommen und sich von hier in das subcutane Gewebe und einen grofsen Teil der inneren Organe verbreitet hatte.

Die Ursache der Entstehung des Tumors dürfte vielleicht in einem lädierten Naevus zu suchen sein. Dies ging zwar aus der Anamnese nicht mit Bestimmtheit hervor, doch hatte die Patientin an mehreren Stellen der Hautoberfläche pigmentierte Naevi gezeigt. Ein linsenförmiger Naevus in nächster Nähe der Tumorstelle wurde in vivo exstirpiert. Derselbe bestand aus mannigfach gestalteten Zellanhäufungen und Zellnestern; sie safsen dicht unter der Malpighischen Schicht und erstreckten sich fast bis zum Panniculus adiposus. Sie bestanden aus einzelnen oder gruppierten, ovalen Zellen, die einen schönen, grobgranulierten, sich intensiv mit Anilin färbenden Kern besafsen. Von den Epidermiszellen unterscheiden sich diese Naevuszellen, dafs sie gröfser sind, keine Reste der Processus spinosi besitzen und mit dem Bindegewebe, welches sich zwischen sie hineinschiebt, zusammenhängen. Auf der anderen Seite zeigen sie nicht die Charaktere von Sekretionszellen, so dafs es nicht wahrscheinlich ist, dafs sie das Produkt des Eindringens von Malpighischen Zellen in das Derma darstellen, welche hier ihre Eigenschaften derart umbilden, dafs sie den Zellen der der Epidermis angehängten Sekretionsorgane ähnlich werden.

Verfasser glaubt vielmehr, dafs „diese Zellen des Naevus Bindegewebszellen im embryonalen Zustande darstellen, und dafs infolgedessen der Naevus nichts anderes darstellt, als ein kleines Sarkom in Potenz, oder, wie Virchow sich ausdrückt, ein noch nicht entwickeltes Sarkom“.

VI. **Drei Fälle von Strictura pharyngis syphilitica,** von E. Welander-Stockholm. Der erste Fall betraf einen 33jährigen Mann, der sich im Jahre 1880 oder noch früher, wie es scheint, infiziert hatte, sich aber erst am 6. August 1889 zum ersten Male wegen seiner Halsschmerzen im Krankenhause einem Arzte vorstellte. Er zeigte da Ulcerationen an den Gaumenbögen, am Gaumen und an der hinteren Pharynxwand; die Epiglottis war angeschwollen; an derselben befanden sich kleine Erosionen. Nach einer etwa vierwöchentlichen Behandlung mit Jodkalium und 6 Thymol-Hg-Injektionen wurde der Patient als geheilt entlassen. Circa 2½ Jahre später kam er wieder mit Klagen über Schwierigkeit beim Schlucken fester Nahrung und über Atemnot bei der Arbeit. Bei der Untersuchung zeigte es sich, dafs unmittelbar hinter dem harten Gaumen eine harte, etwas strahlige Narbenmembran beginne, die mit der ebenfalls strahligen, narbigen hinteren Pharynxwand vollständig verwachsen war.

Der Patient wollte nicht gestatten, an sich die leichte Operation, die Trennung der strikturierenden Narbe, vorzunehmen. Er starb einige Zeit später plötzlich während der Mahlzeit.

Der zweite Fall bot aufser einer Pharynxstriktur noch eine sehr bedeutende Oesophagusstriktur mit allen ihren Folgeerscheinungen dar. Der Patient magerte stark ab und starb schliefslich unter zunehmender Dyspnoe.

In beiden Fällen hatte die Syphilis viele Jahre bestanden, da die Strikturen aus tertiärsyphilitischen Geschwüren hervorgegangen waren.

Der dritte Fall ist deshalb von besonderem Interesse, weil hier die Pharynxstriktur sich in einem frühen Stadium der Syphilis — nur 1½ Jahre nach geschehener Infektion — entwickelt hatte.

VII. **Extragenitale Syphilisinfektion an der Wangenschleimhaut,** von Ignaz Böhm-Karlsbad. Der Verfasser beschreibt einen Fall von extragenitaler Initialsklerose an der Schleimhaut der rechten Wange eines 7jährigen Mädchens, das an dieser Stelle vorher ein Geschwür gehabt und von mehreren Zahnärzten behandelt worden war. Bei der ersten Besichtigung durch den Verfasser bot die Patientin bereits ausgesprochene sekundäre Erscheinungen am Körper und in der Mundhöhle dar; aufserdem zeigte sie auf der Schleimhaut der rechten Wange eine derb indurierte, strahlige, weifslich glänzende Narbe mit deutlicher Induration der unmittelbaren Umgebung. Die Submental- und Submaxillardrüse derselben Seite waren geschwollen.

C. Berliner-Aachen.

Dermatologisches Centralblatt.

1902. No. 9 u. 10.

Zur Behandlung der Papillome der Harnröhre, von J. J. Karvonen. Die spitzen Condylome sind intraurethral nicht selten; meistens verschwinden sie mit der Beseitigung des Urethralausflusses. Zuweilen aber sind sie hartnäckig, entwickeln sich massenhaft und behindern die Harnentleerung. Die Behandlungsmethoden sind: 1. Bepinselung mit Jodtinktur etc.; 2. Umschnürung; 3. Galvanokaustik und Elektrolyse; 4. Auslöffelung; 5. Polypenschnürer im Endoskop umlegen; 6. Polypenzange; 7. Einführung eines dicken Endoskops ohne Obturator; 8. „Tamponecrassement" nach Oberländer; 9. austrocknende Injektionen mit Bismut, Airol oder starke Bougies. — Verfasser sah Erfolg von „Sondenmassage", d. h. Massieren der Harnröhre auf einer eingeführten Metallsonde. Nachher eine Injektion von 2—3%iger Lapis- oder 5—10%iger Kupramsulfatlösung. Die Methode ist einfach, meist bleiben Residive aus; die Entstehung von Strikturen wird durch die Massage verhindert.

Herba violae tricoloris in hartnäckigen Fällen von Acne vulgaris, von S. Behrmann. Günstige Beeinflussung der Acne vulgaris sah Verfasser von der internen Darreichung der Herba violae tricoloris als Aufguſs oder Abkochung mit Wasser oder Milch (1 : 10). Die Wirksamkeit ist zurückzuführen auf die im Stiefmütterchen vorhandene Salicylsäure, welche schweiſstreibend und keratolytisch wirkt, auf das Magnesiumtartarat, welches auch in der Blume gefunden ist und zu den Abführmitteln zählt. In manchen Fällen soll die Herba violae tricoloris elektiv wirken, indem sie die Akneefflorescenzen hervortreten läſst. Ein Pflastermull während der Nacht bewirkt dann einen Aufbruch der gröſseren, eine Resorption der kleineren, hervorgetretenen Pusteln. In einem Falle bringt Verfasser Impetigopusteln, die während der Behandlung am Halse auftraten und zur Abscessbildung führten, mit dem Gebrauch des Thees in Zusammenhang. (Es könnte doch füglich zweifelhaft sein, ob dieser Zusammenhang wirklich so klar ist, wie Verfasser annimmt. Der Zufall ist ein Faktor, der beachtet werden muſs. D. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane.

Band XIII, Heft 5.

Über die Ausscheidung der in die arterielle Blutbahn injizierten Bakterien durch die Niere, von P. Asch.

Ein Prostataabscefs aus unbekannter Ursache, von Schloth. Der 59jährige sonst gesunde, kräftige Patient konnte seit einigen Tagen nur unter Schmerzen Wasser lassen, auch klagte er über arge Schmerzen in der Aftergegend, die ihn am Sitzen hinderten; er hatte nie Syphilis oder Blennorrhoe gehabt, ebenso fehlte jede anamnestische Angabe über Tuberkulose; Satz oder Steine im Urin waren nie bemerkt. 14 Tage vorher war er bei einem Gewitter stark durchnäſst worden. Urin war klar, ohne pathologische Bestandteile. Der linke Lappen der Prostata war heiſs, hart, geschwollen, sehr druckempfindlich. Am nächsten Tage komplette Urinretention, die Katheterismus verlangt. Nélaton 12 findet ein Hindernis, No. 7 dagegen passiert leicht. Nach zwei Tagen hat Patient das Gefühl, das „unten etwas platze“ und kann sofort danach spontan urinieren. Heilung in acht Tagen. Verfasser glaubt, daſs hier einmal ausnahmsweise die Infektion der Prostata vom Mastdarm aus erfolgt sei.

F. Hahn-Bremen.

Monatsberichte für Urologie.

Band VII, Heft 6 u. 7.

Ein Fall von operativ geheilter traumatischer Harninkontinenz, von G. D. Woskressenski. Es handelte sich um einen 18jährigen Knaben, bei dem nach einer vor zehn Jahren ausgeführten perinealen Lithotomie sich eine Inkontinenz ausgebildet hatte, die auf die ausgedehnte Narbenbildung an Damm und Sphinkter zurückgeführt werden muſste. Wie durch Excision der Narbe völlige Heilung erzielt wurde, schildert Verfasser sehr ausführlich.

Beitrag zur Frage der Nephrolithiasis, der Hydro- und Pyonephrose, von Johannes Dzirne. (Schluſs.) Die eingehende Arbeit eignet sich nicht zum Referat; es sei auf das Original verwiesen.

Zur Histologie der blennorrhoischen Strikturen der Harnröhre, von Dezider Raskai. Sechs Fälle von Urethralstrikturen hat Verfasser genau histologisch untersucht. Für alle fand er pathognomonisch: Die Umwandlung des einschichtigen

Cylinderepithels zu mehrschichtigem Plattenepithel, sowie den Beginn des konsekutiv tiefgreifenden Prozesses aus dem subepithelialen Bindegewebe. Bemerkenswert ist das Übergreifen der Entzündung in Form einer chronischen Infiltration einerseits entlang der Drüsen und Blutgefäße, andererseits unmittelbar auf das die Urethra umgebende Corpus cavernosum, welches zu einem konfluierenden, homogenen, starren, mit einem Narbengewebe strukturell identischen Bindegewebe umgewandelt ist. In derselben Urethra sieht man die verschiedenen histologischen Stadien des Leidens, das am stärksten ausgeprägt am Bulbus ist, entsprechend dem hier am stärksten ausgebildeten Corpus cavernosum. Nur einmal nach vorausgegangener Periurethritis saß die stärkste Veränderung weiter vorne. Das Fortschreiten des subepithelialen Prozesses auf das Corpus cavernosum, die Umwandlung der rund- und spindelzelligen Infiltration zu fibrösem Gewebe, die Verschmelzung der Mucosa und des Corpus cavernosum zu einer starren Masse sind die histologischen Kriterien der Striktur.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1902. Heft 5.

1. **Über das operative Eingreifen bei Nierenentzündungen,** von Alfred Pousson-Bordeaux.

2. **Über die Cystopexie in der Gynäkologie: eine neue abdominelle Operationsmethode,** von Umberto Chiaventone-Mailand.

3. **Studie über die geographische Verbreitung der Harnsteinkrankheit,** von Pierre Serguiewsky-Saratow. Der Artikel wird fortgesetzt.

4. **Eingekapselte Blasensteine,** von Rafin-Lyon. Kurze Mitteilung über zwei Steinkranke, bei denen sich außer zahlreichen beweglichen Blasensteinen je ein eingekapselter, unbeweglicher Stein fand. Im ersten Falle handelte es ich um einen 76jährigen, kachektischen Mann, der seit 15 Jahren an kompleter Harnretention litt; das schlechte Allgemeinbefinden des Patienten machte die Ausführung der Sectio alta und damit die Entfernung des fixierten Steines unmöglich. Im zweiten Falle, der einen 60jährigen, kräftigen Mann betraf, wurde die Sectio alta gemacht; der Stein lag in einer fast vollständig geschlossenen Tasche und konnte erst nach Incision derselben entfernt werden.

1902. Heft 6.

1. **Über das operative Eingreifen bei Nierenentzündungen,** von Alfred Pousson-Bordeaux.

2. **Studie über die geographische Verbreitung der Harnsteinkrankheit,** von Pierre Serguiewsky-Saratow. (Heft 3—6.) Im ersten Teile seiner ausführlichen Arbeit bringt der Verfasser statistische Angaben über die Häufigkeit der Lithiasis in den einzelnen Ländern, er betont dabei ausdrücklich, daß es unmöglich ist, die Frequenz der Harnsteinkrankheit zahlenmäßig festzustellen, daß also von einer genauen, vergleichenden Statistik nicht die Rede sein kann. Immerhin haben die verschiedenen Veröffentlichungen soviel Material ergeben, daß man sich von der Häufigkeit der Affektion in den einzelnen Ländern wohl eine Vorstellung machen kann. Der zweite Teil der Arbeit enthält eine kritische Besprechung der zahlreichen Theorien, die zur Erklärung der ungleichmäßigen geographischen Verbreitung der Lithiasis aufgestellt wurden. Hier kommt der Verfasser zu dem Schlusse, daß keine dieser Theorien richtig ist, und daß das Studium der geographischen Verbreitung der Harnsteinkrankheit die Ätiologie und Pathogenese der Affektion nicht aufzuklären vermag. Aus dem geographischen Studium erhellt nur das eine, daß die Verschiedenheiten

in der Verbreitung der Krankheit in gewissen Beziehungen zur Verbreitung einzelner Völkerrassen zu stehen scheinen. Die Ursachen dieses Zusammenhangs sind aber nicht in den Rasseneigentümlichkeiten im anthropologischen Sinne zu suchen, sondern in den bei den einzelnen Rassen herrschenden hygienischen und sozialen Verhältnissen, insbesondere auch in der bei den verschiedenen Völkern verschiedenen Kinderernährung und Kinderpflege. Ein Faktum, das allerdings die Ungleichheiten in der geographischen Verbreitung der Lithiasis nicht zu erklären vermag, steht fest, dafs nämlich die Affektion bei Kindern sehr häufig vorkommt, aber nur bei den irrationell genährten und schlecht gepflegten Kindern der armen Bevölkerungsklassen. Möglicherweise spielen hier die vermehrte Zufuhr und die vermehrte Bildung organischer Säuren, wie sie eben schlechte Ernährung und unhygienische Verhältnisse mit sich bringen, ätiologisch eine Rolle. Wo, wie z. B. in Holland, eine Abnahme in der Zahl der Fälle zu konstatieren ist, ist dieselbe wahrscheinlich auf die Besserung der sozialen Verhältnisse zurückzuführen. — Plowright hat darauf hingewiesen, dafs in der englischen Grafschaft Norfolk, in der die Lithiasis sonst nicht zu den Seltenheiten gehört, bei den Bewohner des Bezirkes Marshland Harnsteine nahezu niemals beobachtet werden; der Grund dafür liegt nach Plowright darin, dafs das Trinkwasser in Marshland viel mehr Chlornatrium enthält als das Trinkwasser im übrigen Norfolk. Auch der Verfasser hält es für möglich, dafs Reichtum des Trinkwassers an Chlornatrium, an Alkalien überhaupt und an Kohlensäure die Entstehung der Krankheit in Gegenden verhüten kann, in denen die Bedingungen für ihr Auftreten im übrigen günstig sind. — Die einzige Endemie, deren Ursache bekannt ist, ist die Endemie in Ägypten: dort bewirkt das stark verbreitete Distomum haematobium, in die Blase gelangt, die Bildung von Harnsteinen.

3. **Die Hernie der Blase**, von Voituriez-Lille. Kasuistische Mitteilung nebst kurzer Monographie der Blasenhernien.

4. **Die umstimmenden Injektionen in der Behandlung der Nebenhodentuberkulose**, von Bohdanowicz-Biarritz. Der Verfasser hat zwei Fälle von Nebenhodentuberkulose mit Einspritzungen von Naphtolkampfer behandelt und war mit dem Erfolge dieser Therapie aufserordentlich zufrieden. In beiden Fällen bestand ein an der Haut adhärenter Abscefs; aus demselben wurde täglich mittels Pravazspritze Eiter aspiriert, nach der Punktion wurden täglich, bezw. jeden zweiten Tag einige Tropfen bis 1 g Naphtolkampfer in die Abscefshöhle injiziert. Zahl und Gröfse der Einspritzungen richteten sich nach der Stärke der entstehenden Reaktion und Spannung. Nach sechs, bezw. sieben Injektionen war in beiden Fällen der Abscefs ausgeheilt, die kranken Nebenhoden wurden kleiner und sklerosierten allmählich. — Das Verfahren hat den grofsen Vorzug, dafs es die Bildung von Fisteln verhütet und die Dauer der Krankheit und der Behandlung beträchtlich herabsetzt; es ist überdies einfach und gefahrlos und verursacht keine Schmerzen, ist aber nur in solchen Fällen anwendbar, in denen es zur Bildung eines Abscesses und Verklebung desselben mit der Haut gekommen ist. Mit der Behandlung soll womöglich begonnen werden, bevor die Haut über dem Abscefs stark gerötet oder verdünnt ist, jedenfalls aber sind die Punktionen und Injektionen an solchen Stellen vorzunehmen, an denen die Haut noch gesund erscheint.

5. **Die intravesikale Scheidung des Urins der beiden Nieren**, von Henri Hartmann. Der von Hartmanns Assistenten, Luys, konstruierte und von Gentile verfertigte Apparat besteht aus zwei Metallkathetern, die durch eine Metallplatte zu einem Ganzen verbunden sind. An seinem inneren Ende, das auf die untere Blasenwand zu liegen kommt, ist das Instrument halbmondförmig gekrümmt. In der konkaven Fläche der Krümmung liegt eine Art Kette, dieselbe ist mit einem elastischen

Gummisegel überzogen, welches nach unten an dem konkaven Teile des Instruments befestigt ist. Durch eine am äufseren Ende befindliche Schraube kann nach dem Einführen des Apparates die Kette gleich der Sehne eines Bogens gespannt werden, damit wird zugleich das Gummisegel gespannt, so dafs zwischen dem inneren Ende der beiden Katheter eine vollständige Scheidewand entsteht. Das Instrument, das in seiner Dicke der No. 21 der Charrière'schen Skala entspricht, hat sich in zahlreichen Fällen vorzüglich bewährt; es stellt einen vollgiltigen Ersatz für die Katheterisierung der Ureteren dar, und da es sehr einfach zu handhaben ist, wird es auch von den praktischen Ärzten mit Erfolg angewendet werden. *Götz-München.*

Verschiedenes.

74. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Karlsbad. 21. bis 27. September 1902. 22. Abteilung: Dermatologie und Syphilidologie. Einführende: Dr. Böhm-Karlsbad, Dr. Guth-Karlsbad, Prof. Dr. Philipp Josef Pick-Prag. Schriftführer: Dr. Mosauer-Karlsbad, Dr. Siebel-Karlsbad, Dr. Herz-Prag. Sitzungslokal: II. Volksschule, Egerstrafse, Zimmer 6, I. Stock. Frühstücks- und Mittagslokal: Hotel National, Gartenzeile.

1. Böhm-Karlsbad: Krankendemonstration.

2. Breitenstein-Karlsbad: Die Circumcision in der Prophylaxe der Syphilis.

3. Dommer-Dresden: Zur instrumentellen Behandlung der blennorrhoischen Striktur (mit Demonstration).

4. Ehrmann-Wien: a) Die Beziehung der Sklerodermie zu den autotoxischen Erythemen. b) Demonstration von Injektionspräparaten der Initialsklerose. c) Über Sklerosenreste und ihre Beziehung zu den Syphilisrezidiven.

5. Eulee Gen Rolle-Wien: Neues aus dem Gebiete der Radiotherapie.

6. Freund-Wien: Neue Erfahrungen in der physikalischen Therapie der Hautkrankheiten.

7. Galewsky-Dresden: a) Beitrag zur Ätiologie der Akne. b) Über Eupicin. c) Über nicht blennorrhoische Urethritiden.

8. Geyer-Zwickau: Demonstration einer eigenartigen Lichenerkrankung.

9. Goldberg-Cöln-Wildungen: a) Die Verhütung der Harninfektion. b) Kleine Mitteilungen über Prostatitis.

10. Grosz-Wien: Über eine bisher nicht beschriebene Komplikation der Blennorrhoe (mit Demonstration).

11. Grünfeld-Wien: Thema vorbehalten.

12. Guth-Karlsbad: Demonstration von Patienten.

13. Holzknecht-Wien: Über eine neue Dosierungsmethode in der Radiotherapie.

14. Joseph und Piorkowsky-Berlin: Weitere Beiträge zur Lehre von den Syphilisbacillen (mit Demonstration).

15. Kreibich-Wien: Thema vorbehalten.

16. Merk-Graz: a) Kritische Betrachtungen über die Symptomatologie der Herpeserkrankungen. b) Die Beziehungen von Hautkrankheiten zu hautfernen Lymphangitiden. c) Über den „Herpes motorius" und die einheitliche Auffassung der Herpeserkrankungen.

17. Mráček-Wien: Hereditäre Syphilis.

18. Neubberger-Nürnberg: Über Prostatitis blennorrhoica chronica.

19. Frh. v. Notthafft-München: a) Instrumentelles. b) Über explorative Prostatamassage.

20. Oppenheim-Wien: Über Alkalescenz und Stickstoffgehalt des Blutes bei Syphilis und verschiedenen anderen Hautkrankheiten. (Aus der Klinik von Hofrat Neumann-Wien.)

21. Ph. J. Pick-Prag: Vorstellung von Kranken.

22. Richter-Berlin: Über unschädliche Haarfärbemittel.

23. Rosenstadt-Karlsbad: Vergleichende histologische Untersuchungen über den Verhornungsprozefs.

24. Scholtz-Königsberg: Die Bedeutung der Staphylokokkeninfektion bei Hautkrankheiten.

25. Saalfeld-Berlin: Diabetes und Hautkrankheiten.

26. Schiff-Wien: Vortrag mit Demonstrationen über die bisherigen therapeutischen Erfolge von Röntgenstrahlen bei Hautaffektionen.

27. Spiegler-Wien: Beiträge zur Kenntnis des Pigmentes.

28. Ullmann-Wien: a) Wirkungen der konstanten Wärme auf Krankheitsprozesse. b) Demonstration des Hydrothermoregulators, verschiedener Thermokörper, mikroskopische Präparate.

29. Waelsch-Prag: Über chronische Prostatitis.

30. Winternitz-Prag: a) Über die Wirkung der Balsamica. b) Eine Trichomykosis des Kopfhaares. c) Bemerkungen über die Fettausscheidung durch die Schweifsdrüsen.

Die Abteilung ladet ein:

die Abteilung 13 (Allgemeine Pathologie) zu:

Ehrmann-Wien: a) Die Beziehung der Sklerodermie zu den autotoxischen Erythemen. b) Demonstrationen von Injektionspräparaten der Initialsklerose.

die Abteilung 16 (Chirurgie) zu:

Goldberg-Cöln-Wildungen: Die Verhütung der Harninfektion.

Grosz-Wien: Über eine bisher nicht beschriebene Komplikation der Blennorrhoe (mit Demonstration).

Schiff-Wien: Vortrag mit Demonstration über die bisherigen therapeutischen Erfolge von Röntgenstrahlen bei Hautaffektionen.

Die Abteilung wird eingeladen:

von Abteilung 14 (Innere Medizin) zu:

Ziemssen-Wiesbaden: Gesichtsfeldaufnahme als Kontrolle in der Behandlung der Hirn- und Rückenmarkslues.

Berichtigung. In No. 8 des gegenwärtigen Bandes ist auf Seite 112 statt „bronchiale“ Monoplegien zu lesen „brachiale“ Monoplegien.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 35. No. 6. 15. September 1902.

Aus der dermosyphilopathischen Klinik der königl. Universität Parma, dirigiert von Prof. V. Mibelli

Die Hautsarkomatose.[1]

Klinische und histopathologische Studie

von

Dr. M. Pelagatti.

Mit 2 Farbentafeln.

Mit der Vorführung dieser meiner Paar Fälle von Hautsarkomatose, welche ich in der dermosyphilopathischen Klinik zu Parma zu beobachten Gelegenheit hatte, bezwecke ich etwas Licht in die Frage der Pathogenese und Klassifikation dieser Affektion zu bringen, wo bisher infolge der Uneinigkeit der Forscher eine ziemliche Konfusion geherrscht hat. Aus dieser Meinungsverschiedenheit ist unter anderen die neue Bezeichnung „Sarkoide" entstanden, womit einige Formen von Hautsarkomatose belegt wurden, indem einige Autoren diese Formen als wirkliche Neubildungen betrachten, während ihnen andere die sarkomatöse Natur absprechen und sie für Gebilde entzündlicher Art, d. h. als Granulome hinstellen. So hat Kaposi in seinem Handbuch alle Typen von Hautsarkomatose mit Einschluſs der Mycosis fungoides und der perniciösen Lymphodermie in einem einzigen Kapitel unter der genannten Bezeichnung vereinigt. In Anbetracht ihrer klinischen und histopathologischen Eigenschaften haben diese letzteren Affektionen nichts gemein weder mit den wahren Sarkomen noch mit jenen Typen, welche man eigentlich Sarkoide nennen könnte. Durch welchen Gedankengang sich der berühmte Wiener Dermatologe leiten ließs, vermag ich deshalb mit dem besten Willen nicht einzusehen.

Es handelt sich also in erster Linie darum, festzustellen, welches die spezifischen Merkmale der Sarkome und Sarkoide sind und worin sie sich voneinander unterscheiden.

---

[1] Die ausführlichere Arbeit ist in italienischer Sprache veröffentlicht.

Von meinen sieben Fällen, die mir in etwas über zwei Jahren zu Gesichte kamen, stimmen drei in ihren spezifischen klinischen und histopathologischen Eigenschaften vollständig miteinander überein. Die vier anderen haben nicht nur mit den drei ersteren nichts gemein, sondern unterscheiden sich auch untereinander ganz beträchtlich.

Erster Fall. Luise S., 72jährig, unverheiratet. Keine hereditäre Beanlagung. Aufser den gewöhnlichen Kinderkrankheiten im zehnten Jahre Cholera, im zwanzigsten Ileotyphus; war dann stets gesund bis zum Januar 1898, wo sie eine Pleuritis acquirierte, der einige Monate später eine Rezidiv mit Komplikationen — Phlebitis am rechten Beine — gefolgt war. Keine Syphilis noch andere venerische Affektionen. Perniones mäfsigen Grades am Anfange jeden Winters.

Ein Jahr circa nach der ersten Pleuritis bemerkte sie sowohl an den oberen als an den unteren Extremitäten einen gewissen Grad von Schwellung und ungefähr gleichzeitig das Auftreten kleiner bläulich roter Flecken, zuerst an beiden Fufsrücken und Beinen und dann an den Händen. Keine subjektiven Beschwerden.

Am ersten Januar 1900 wurde folgender Status konstatiert: Mittelgrofse, regelmäfsig gebaute, stark abgemagerte Patientin, mit verhältnismäfsig dichtem, dunkelbraunem Haarwuchs. Muskulatur und Haut schlaff, letztere in breiten Falten abhebbar, von schmutzig gelber Farbe, an der Oberfläche gefältelt, von pityriasisartigen Schuppen bedeckt. Leichter Bronchialkatarrh. Guter Kräftezustand, guter Appetit, normale Verdauung, ruhiger Schlaf.

Am rechten Oberschenkel konstatiert man eine zwei Centimeter grofse Plaque, rundlich, scharf abgegrenzt, von livid bräunlicher Farbe, wenig erhaben und resistent bei der Palpation. Unter dem diaskopischen Drucke verändert sich dieselbe nicht. Drei der beschriebenen ähnliche Plaques, aber etwas kleiner, liegen an der Aufsenfläche desselben Oberschenkels, drei weitere, aber etwas dunklere, violettbraune, umgeben die Kniescheibe.

Das rechte Bein und der Fufsrücken sind noch etwas ödematös. Über der Tibiakante, nahe am Fufsgelenke liegen vier violettrote Flecken, von denen einer den Durchmesser eines Lirastückes erreicht, violettrot und etwas erhaben ist, mit unebener Oberfläche und von resistenterer Konsistenz. Ähnliche Gebilde findet man zerstreut auf dem Fufsrücken und in der Nähe des Malleolus externus. Einzelne derselben erreichen die Breite einer Linse, andere aber sind ziemlich gröfser — Zweiliraстück. Alle sind über dem Hautniveau erhaben und flach, die gröfseren jedoch im Centrum etwas eingesunken. Die kleineren sind rundlich, die gröfseren von unregelmäfsiger Form, scharf berandet; ihre Oberfläche ist glatt und von einer trockenen Epidermis bedeckt, die sich um die Flecken herum als dünner weifslicher Saum von Schuppenlamellen erhebt. Ihre

Konsistenz ist fest, besonders in der Peripherie, die etwas höher liegt als die centralen Partien. Weiter nach unten an der Fufskante, geht eine ähnliche, diffuse, von einem unregelmäfsigen, wellenförmigen, etwas erhabenen und lividroten Rande umgebene Veränderung allmählich in die Fufssohle über, welche von jener Anhäufung weifser, trockener, geschichteter Schuppen bedeckt ist.

Am linken Beine sind identische, jedoch viel weniger zahlreiche Veränderungen zu konstatieren; der Oberschenkel ist frei.

Den oben beschriebenen ähnliche Efflorescenzen konstatiert man an beiden Handrücken und Vorderarmen.

Die beschriebene Eruption ist auf die Extremitäten beschränkt und alle anderen Körpergegenden sind frei davon.

Histologische Untersuchung. Härtung der Präparate in Alkohol, Einschlufs in Celloidin, Färbung mit Haematoxylin, Pikrocochenille, Alaunkarmin, polychromes Methylenblau, Phenolthionin, Orcein nach Taenzer, Pigmentfärbung nach Stirda.

Was zuerst auffällt, ist die Thatsache, dafs sich die Veränderungen ausschliefslich auf das Derma beziehen, während diejenigen der Epidermis und ihrer Adnexa nur untergeordneter Bedeutung sind, die in einem leichten Grade von Hyperkeratose des Stratum corneum und einer kaum merkbaren Atrophie des Rete Malpighii bestehen. Die interpapillären Zapfen sind normal und das Pigment ist nicht vermehrt. Die Kerne vieler Epithelzellen erweisen sich als basophil, was nach Unna mit der Aufhebung der Zellteilung oder Zellreproduktion gleichbedeutend ist. Die Haarfollikel sind nicht verändert, die Talgdrüsen atrophisch, die Knäueldrüsen dagegen zeigen einen hypertrophischen Glomerulus, während der Ausführungsgang normal aussieht. Diese Hypertrophie des Glomerulus hängt aber nicht etwa von einer Vermehrung der Elemente ab, sondern von einer eigentlichen Hypertrophie dieser Elemente, welche voluminöser sind und einen dicken, intensiv gefärbten Kern führen. Stellenweise sieht man zwischen den normalen Drüsenelementen einen Fremdkörper eingeschaltet, besonders da, wo sich in der Nähe Anhäufungen neu gebildeter Zellen befinden. Die Papillarschicht der Cutis ist etwas ödematös, die Kapillaren der Papillenspitzen sind stark erweitert und mit roten Blutkörperchen angefüllt. Unmittelbar unter der Papille erscheinen die Veränderungen viel schwerer und erstrecken sich dieselben nach unten bis zu den tiefen Schichten der Cutis. Diese Veränderungen zeigen jedoch nicht an allen Punkten die gleichen Merkmale. Nach oben geben sie sich zu erkennen als eine Anhäufung mehr oder weniger zahlreicher rundlicher Zellen, welche schlauchartig die Gefäfse des oberflächlichen Netzes umfassen; nach unten zu nehmen sie wieder ab und reichen nicht über die Grenze der Knäueldrüsenglomeruli. Die Zellen aus denen sich

diese Haufen zusammensetzen, zeigen alle Eigenschaften der poly- und mononukleären Leukocyten. Die Arterienwandungen sind infolge von Arteriitis und Periarteriitis verändert; das Gefäfslumen erscheint stark erweitert, aber gröfstenteils durch proliferierte endotheliale Elemente obstruiert. Die Wandungen der leeren Gefäfse sind verdickt, ihr Lumen enorm erweitert und mit roten Blutkörperchen ausgefüllt. Das umgebende Bindegewebe scheint am Prozefs nicht beteiligt zu sein, indem die proliferierten fixen Zellen nur spärlich sind. Die konstante Erscheinung dagegen, welche im oberflächlichen Derma angetroffen wird, besteht in weiten, mit Blutkörperchen angefüllten Räumen, wodurch stellenweise das Gewebe ein kavernöses Aussehen erhält. Diese Höhlen befinden sich in der Nähe der Leukocyteninfiltrate, sind aber von diesen unabhängig; bald isoliert, bald zu mehreren vereinigt, zuweilen von einer dünnen Bindegewebswand getrennt. In der Nähe dieser Höhlen sieht man zwischen den Bindegewebsbündeln rote Blutkörperchen, welche per diapedesim aus den genannten Gefäfsektasien ausgetreten sind.

Tiefer im Derma gelegen unterscheidet man dicht neben den Lymphzelleninfiltraten andere Zellenhaufen, deren Elemente dicht aneinander liegen und kleine Bündel bilden, welche nach verschiedenen Richtungen verlaufen, sich durchkreuzen und auf diese Weise kleine zum Teil leere, zum Teil einzelne Blutkörperchen enthaltende Räume umschreiben, welche neugebildete Gefäfse darstellen und dem Präparate ein siebartiges Aussehen verleihen. Die spindelförmigen Elemente herrschen vor; daneben aber giebt es auch rundliche, welche aus dem proliferierten Gefäfsendothel abzustammen scheinen. Auch in diesen tieferen Schichten existieren weite Bluträume von ganz demselben Aussehen wie in den oberflächlicheren Schichten der Cutis. Die Leukocyteninfiltrate und die Spindelzellenhaufen unterscheiden sich nicht allein voneinander durch den Sitz und die Natur der Elemente, aus denen sie bestehen, sondern auch morphologisch. Während nämlich die ersteren unregelmäfsige, unscharf begrenzte Figuren bilden, welche als Zellstränge zwischen die Cutisbündel hineinragen, geben sich die letzteren als wohl umschriebene Gebilde zu erkennen. Um die Spindelzellenhaufen herum und in der Nähe der Bluträume sowohl wie im Inneren der Herde selbst sieht man Blutpigmentkörner, welche meist frei in den Zwischenzellenräumen oder zwischen den Bindegewebsbündeln, zuweilen aber auch im Inneren der fixen Bindegewebszellen liegen. In nächster Nähe und im Inneren der oberflächlichen Lymphzelleninfiltrate fehlt das Pigment oder, wo es vorhanden, läfst sich dessen Herkommen aus den oberflächlichen Bluträumen leicht erkennen.

Neben diesen wichtigeren Erscheinungen konstatiert man allenfalls noch eine Hypertrophie der Musculi arrectores pili, welche in einer Verdickung der einzelnen Muskelfasern und nicht in einer Vermehrung ihrer

Fig. 1.

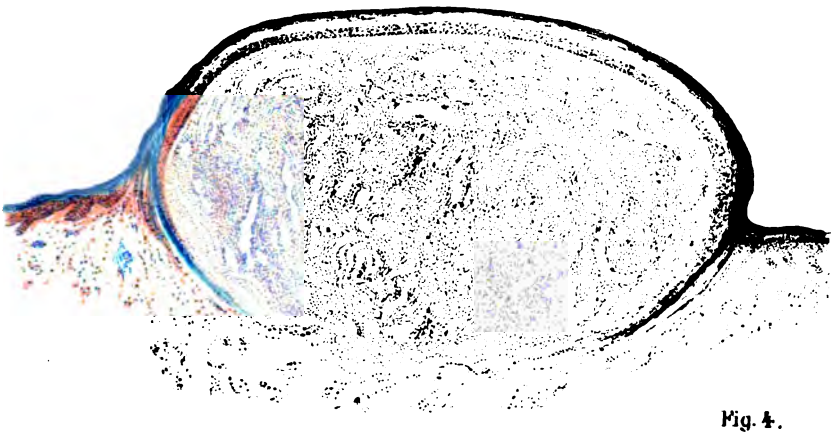
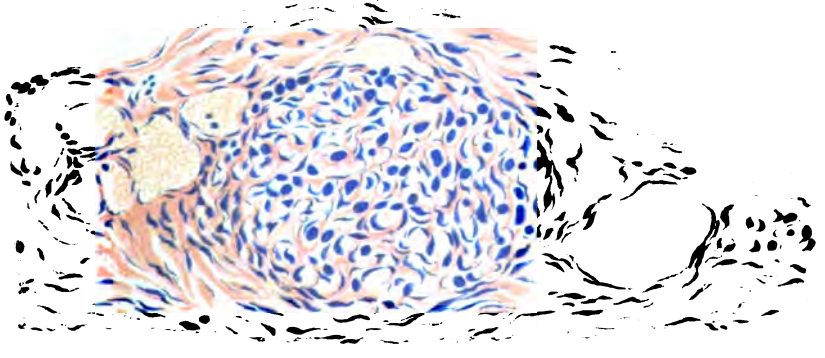


Fig. 4.

Fig. 2.

Fig. 3.



Boselli dis.
M. Pelagatti.

Sarcomatosis cutanea

Lith. Anst. Julius Klinkhardt, Leipzig

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig).

Fig. 1.

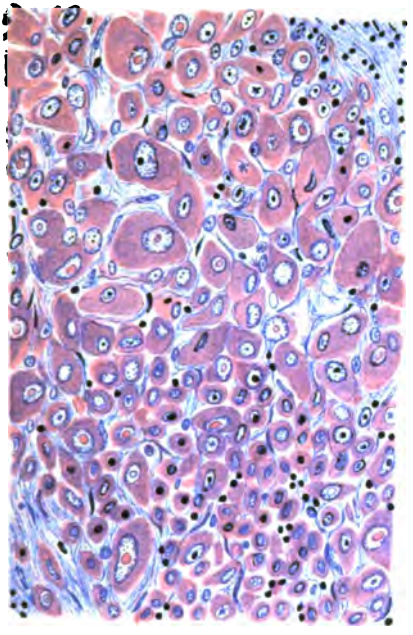


Fig. 2.

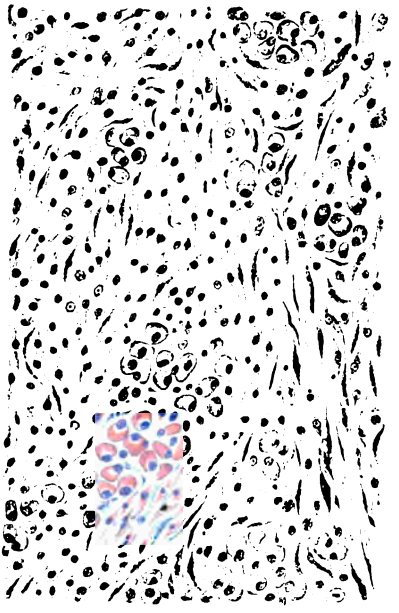


Fig. 3.

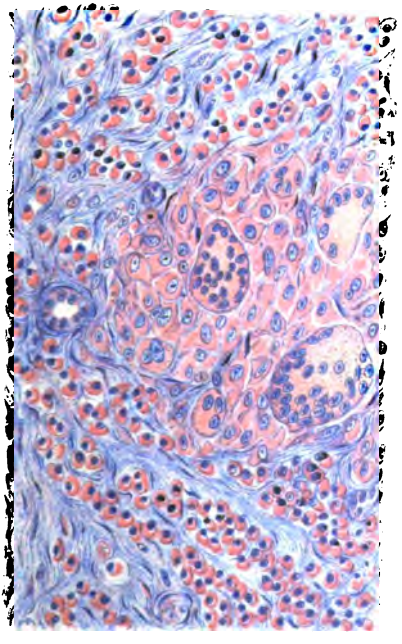
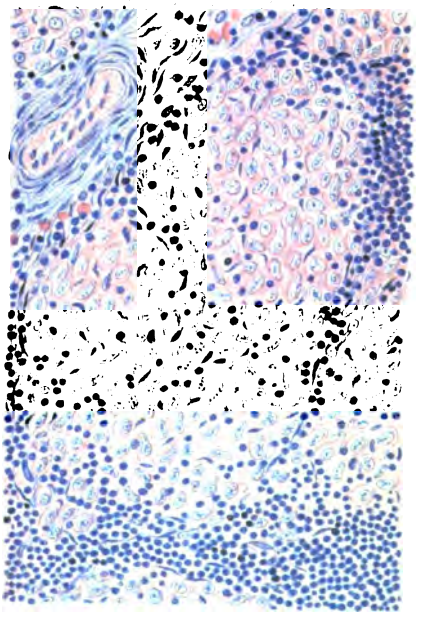


Fig. 4.



Boselli dis.
M. Pelagatti.

Sarcomatosis cutanea

Lith. Anst. Julius Klinkhardt, Leipzig

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg (und Leipzig).

Anzahl besteht. Was die elastischen Fasern anbelangt, so sind dieselben in der papillären Cutis erhalten, an den Stellen der Rundzelleninfiltrate dagegen zerrissen und verdünnt; im Inneren der Spindelzellenhaufen fehlen sie vollständig. Nirgends weder Mast- noch Plasmazellen.

Die beiden anderen Fälle der ersten Gruppe stimmen, wie gesagt, vollständig mit dem eben beschriebenen in klinischer und histopathologischer Hinsicht überein. Sie betreffen zwei kräftige, von Syphilis freie Männer.

Wie jedermann leicht einsehen wird, stimmen diese drei Fälle vollständig mit dem von Kaposi im Jahre 1870 beschriebenen Typus des multiplen idiopathischen Pigmentsarkoms überein. In klinischer Richtung beginnt die Affektion als eine lokale passive Hyperämie mit Blutaustritt aus den Gefäfsen. Sodann verschwindet das Ödem, während die Macula persistiert, die sich zunächst der Palpation entzieht und sich erst später, mit dem Tieferwerden der roten Farbe, als resitenter erweist und zuletzt alle Merkmale eines tiefgelegenen Infiltrates annimmt.

Nach einem mehr oder weniger langen Zeitraume gehen einzelne der Infiltrate einen teilweisen regressiven Prozefs ein, während sie nach der Peripherie wie nach der Tiefe zu weiter an Umfang zunehmen. Der gröfste Teil dagegen nimmt ein vegetierendes Aussehen an, wodurch auf der Hautoberfläche eine Menge kleiner meist glatter, heller, bläulichroter, elastischer, zuweilen aber auch braungelber, harter, fester, von einer dichten Hornschicht überzogener Knötchen entstehen. Einzelne dieser Knötchen erreichen die Gröfse eines Wickensamens, bleiben monatelang stationär und können einen nekrotischen Prozefs eingehen, indem sie an ihrer Stelle eine kleine Einsenkung zurücklassen. Andere Knötchen werden bis haselnufsgrofs und treten nicht auf dem Boden einer Macula, sondern auf unveränderten Hautstellen auf. Je gröfser sie sind, um so dicker ist auch die sie bedeckende Hornschicht, die ein rugöses Aussehen zeigt und teilweise in Schuppen abfällt. Schmerzen verursachen diese Gebilde niemals, wohl aber infolge ihrer Gröfse, ihrer Anzahl und ihrer Lokalisation an den Fingern und Zehen, funktionelle Beschwerden. Bevor aber diese hochgradig werden, pflegt der Exitus infolge von Eingeweidemetastasen einzutreten. Die Therapie hat sich bisher dieser Affektion gegenüber als vollständig ohnmächtig erwiesen.

Auf Grund des klinischen und histologischen Befundes mufs das multiple idiopathische, hämorrhagische Sarkom zu den Hauttumoren und nicht, wie dies einzelne gethan, zu den endzündlichen Neubildungen gezählt werden. Was ferner das Prädikat „hämorrhagisch“ anbelangt, so scheint dasselbe ein sehr unpassendes zu sein. Das im Gewebe zerstreute Blutpigment rührt nämlich nicht von einer Hämorrhagie durch Ruptur der Gefäfswandungen her, sondern vielmehr durch Diapedese durch die

veränderten Wandungen der Venenektasien hindurch. Wie bereits bemerkt, sind aber diese Ektasien unabhängig von den Infiltrationsherden und bilden einen Folgezustand der Arterienveränderungen, welche der Bildung der Infiltrationsherde vorangehen. Ich schlage deshalb vor, die Affektion Akrosarkoma Kaposi zu benennen, wodurch sowohl der Name des Autors, welcher die Affektion zuerst beschrieben, als auch das auffallendste Merkmal der Neoplasie hervorgehoben wird, nämlich das ausschliefsliche und gleichzeitige Auftreten derselben an den vier Extremitäten, welche Eigenschaft an sich genügt, sie von allen anderen Neubildungen der Haut zu unterscheiden.

Der vierte Fall betrifft eine 70jährige Frau. Es handelt sich hier um ein eigentliches Sarkom der Haut, welches zu multiplen Metastasen in den meisten Organen und zum Exitus führte. Die ersten Tumoren traten hier in der Malleolengegend auf und breiteten sich dann nach und nach über die Beine, Oberschenkel und Inguinalgegend aus. Hier war das Hypoderma der ursprüngliche Sitz der Infiltrate, während die Cutis und Epidermis zunächst unbeteiligt blieben, um dann allerdings nach und nach an der Veränderung ebenfalls teilzunehmen. Eine Beziehung zwischen den neoplastischen Elementen und den neugebildeten Gefäßen, welche ein ziemlich mächtiges Netz bilden, läfst sich nirgends feststellen. Histologisch mufs der Tumor als ein Riesenzellensarkom betrachtet werden. Dadurch unterscheidet sich der Fall scharf von Akrosarkoma Kaposi.

Die drei letzten Fälle können insofern zusammen behandelt werden, als sie, zwar neben ganz verschiedenen, eine Reihe gemeinschaftlicher Merkmale aufweisen. Aus der Klasse der Hautsarkome müssen sie schon aus dem Grunde eliminiert werden, weil sie eine regressive Metamorphose der Knötchen und Infiltrate bis zum vollständigen Verschwinden derselben eingingen. In dem einen der drei Falle — Fall 5 — ging diese Regression unter Erweichung der Herde mit Hinterlassen einer sichtbaren Narbe einher. Im dritten — Fall 7 — wurden die Herde ohne jede Erweichung der Masse resorbiert und im zweiten — Fall 6 — kamen beide Erscheinungen neben einander vor.

Alle drei zeichnen sich aus durch die herdweise Anordnung der neugebildeten Zellen in den Tumoren und die Trennung dieser Herde durch mehr oder weniger breite Bindegewebsbündel; durch das Unbeteiligtbleiben der Gefäfse an dem Prozesse und durch das Fehlen von Mastzellen im neugebildeten Gewebe. Dafs es sich in diesen drei Fällen nicht um Sarkome handeln konnte, dafür sprechen verschiedene Umstände: die morphologische Verschiedenheit der die Herde zusammensetzenden Elemente und zwar nicht allein von einem Falle zum andern, sondern auch in den einzelnen Fällen, je nach der Entwickelungsperiode des Prozesses; das

Verschwinden der Efflorescenzen, spontan oder unter dem Einflusse von Medikamenten — Arsen, Eisen —; das gleichzeitige Aufschiefsen von 15, 20 und mehr Efflorescenzen, wie dies in einem der Fälle konstatiert worden ist; die Volumenzunahme der Herde nicht durch Proliferation der die Herde zusammensetzenden Zellen, sondern durch Zuwachs neuer Zellen von dem umgebenden Bindegewebe aus; hauptsächlich aber durch die Umwandlung der Elemente in Bindegewebszellen.

Da es sich also hier nicht um Sarkome handeln kann, musste die Frage aufgeworfen werden, ob man es nicht mit chronischen entzündlichen Prozessen zu thun habe, mit Granulomen. Syphilis, Tuberkulose und Mycosis fungoides konnten auf Grund des histologischen Befundes eliminiert werden. Offenbar steht man hier einer Gruppe von pathologischen Erzeugnissen gegenüber, welche durch zweifellos verschiedene aber in derselben Weise wirkende und zu denselben Resultaten führende pathogene Ursachen hervorgerufen wurden. Der Prozefs spielt sich beinahe ausschliefslich auf Kosten des Bindegewebes ab. Unter der Wirkung des infektiösen Agens verwandeln sich die fixen Zellen in Plasmazellen, d. h. in einen Typus von Zellen, welcher weniger eine Rückkehr zum embryonalen Zustande der Bindegewebszellen darstellt als den höchsten Punkt der Hyperplasie, den eine Bindegewebszelle in einem entzündlichen Prozefs erreichen kann. Nachdem die Plasmazellen im Verlaufe der Zeit eine Reihe von Umwandlungen durchgemacht haben, welche von der Natur und der Intensität des Stimulus abhängen, kehren sie wieder zu ihrem ursprünglichen Zustande zurück und führen zur Bildung von Bindegewebe.

Die Tumoren in den drei fraglichen Fällen müssen somit als Granulationsgeschwülste aufgefafst werden. Zum Unterschiede von den anderen chronischen Entzündungsprozessen zeigen die pathologischen Veränderungen in den genannten drei Fällen das Aussehen von wahren Tumoren, speciell von Sarkomen. Boeck hat deshalb für derartige Fälle die Bezeichnung Sarkoide vorgeschlagen, die ich mit anderen, in Ermangelung einer passenderen, gern acceptieren will.

Wie eingangs bereits angedeutet wurde, stellt die Hautsarkomatose keine klinische Individualität mit deutlich abgeschlossenen Grenzen dar und umfasst dieselbe eine nicht unbeträchtliche Anzahl von Krankheitsformen, die von einander ganz bedeutend abweichen, sowohl in klinischer als in pathologisch-anatomischer Beziehung. Nur ein einziges gemeinsames Merkmal hält sie einigermafsen zusammen: das Auftreten von bindegewebigen Neubildungen, welche das Aussehen von Tumoren zeigen. Alle diese Affektionen lassen sich in zwei Hauptgruppen scheiden: die eigentlichen Sarkome und die Sarkoide oder falschen Sarkome. Nach

meiner Ansicht würden sich die ersteren wieder in folgender Weise einteilen lassen:

Erster Typus: Primäres multiples Sarkom, mit den Varietäten:

a) Akrosarkoma KAPOSI — makulöses, neoplastisches und kachektisches Stadium nach DE AMICIS — und

b) das multiple maligne Sarkom.

Zweiter Typus: Das solitäre Sarkom.

Dritter Typus: Das multiple sekundäre Sarkom mit den drei Varietäten:

a) generalisiertes, von einem entzündeten kongenitalen Naevus ausgegangenes,

b) id. von einem primären Sarkom der Haut,

c) id. von einem primären, nicht in der Haut lokalisiertem Sarkome ausgegangenes Sarkom.

Die Einteilung der Sarkoide gestaltet sich dagegen bedeutend schwieriger, in Anbetracht der Uneinigkeit der Autoren über den Begriff und das Wesen der sogenannten Sarkoide. JOSEPH beschreibt die Sarkoide als diffuse Infiltrationen ohne Neigung sich in Gestalt von Knoten zu lokalisieren. BOECK dagegen hat einen entsprechenden Fall beschrieben, wo das neugebildete Infiltrat durchwegs in wohl umschriebenen Knoten abgegrenzt war. FENDT hebt ebenfalls die Thatsache hervor, dafs sich die Neubildung in Gestalt von deutlichen Knoten lokalisiert, um welche fibriläres Bindegewebe eine Art von Kapsel bildet, welche letztere Eigentümlichkeit gerade das charakteristische Unterscheidungsmerkmal zwischen Sarkomen und Sarkoiden bilden soll. Dies war auch genau der Fall bei unseren drei letzten Patienten — Fall 5 bis 7. Aus diesem Grunde halte ich denn auch dafür, dafs es sich in dem von JOSEPH beschriebenen Fall nicht um ein Sarkoid, sondern um ein lentikuläres Carcinom gehandelt hat. Ebenso scheint es mir, dafs von den drei Fällen von Sarkoiden, welche SPIEGLER beschrieben hat, nur der letzte als solches aufgefafst werden kann.

Bei dem gegenwärtigen Stande der Kenntnis in dieser Frage liefsen sich die Sarkoide etwa folgendermafsen einteilen:

1. Sarkoide nach dem Typus von BOECK.
2. Sarkoide mit zahlreichen zerstreuten Knötchen.
3. Sarkoide in Gestalt von grofsen Tumoren.
4. Durch Fremdkörper verursachte Sarkoide.

Das Sarkoid BOECK befällt mit Vorliebe jugendliche, kräftige Individuen. Hervorzuheben ist eine häufig beobachtete Prodromalerscheinung: eine periodische Schwellung der cervicalen und axillären Lymphdrüsen, welche Schwellung häufig mit Fieber verbunden ist, das ebenso rasch wieder verschwindet wie es aufgetreten. Die Drüsenschwellung kann der Hauteruption, welche fast ausnahmslos zuerst am Kopfe erscheint, um

mehrere Jahre vorausgehen. In dieser Beziehung stimmt der eine meiner Fälle genau mit den von Boeck und Hardaway überein. Die Affektion beginnt als ein kleines Infiltrat in Gestalt eines Knötchens oder einer Plaque, dem sich bald weitere an die Seite stellen. Die Efflorescenzen haben eine ovale Form, eine schmutziggelbe Farbe und sind von einem deutlich erhabenen Rande umgeben; das Centrum hat ein narbenartiges, weifsglänzendes Aussehen und liegt tiefer als die Peripherie, infolge von Resorption dieser Partie der Geschwulst, welche durch Narbengewebe ersetzt worden ist. Durch Confluenz können die Plaques einen Durchmesser von 10 bis 12 cm erreichen. Die Infiltrate lassen sich von den unterliegenden Hautschichten abheben und zeigen eine feste, fibröse Consistenz. Sie bestehen aus drei Arten von Zellen — Plasmazellen in der Peripherie, Riesenzellen im Centrum und epitheloide Zellen zwischen beiden. Der Verlauf der Affektion ist ein eminent chronischer; zwischen dem Auftreten zweier neuer Plaques können Jahre vergehen. Trotz der selbständigen Resorption der Infiltrate zeigen sie doch wenig Neigung zur spontanen Heilung, welche durch eine Arsenikmedikation herbeigeführt werden kann. Mit dem Thermokauter oder starken kaustischen Mitteln behandelte resp. mit dem Messer entfernte Plaques bilden sich nicht wieder.

Die zweite Varietät zeichnet sich durch das Auftreten zuweilen äufserst zahlreicher, halbkugelförmiger, nicht confluierender, fester, bis taubeneigrofser, rötlich gelber bis violetter, von glatter, glänzender Haut überzogener, mit Vorliebe im Gesicht und an den Gliedern, selten am Rumpfe, fast niemals am Bauche oder auf der Brust vorkommender Tumoren aus. Ihr Sitz liegt in der Cutis, wo sie durch Bindegewebsbündel abgegrenzte Knötchen bilden. Sie bestehen aus runden und spindelförmigen Zellen. Die Affektion kommt ebenfalls bei gesunden Individuen, die vordem niemals krank gewesen waren, zuweilen auch bei Kindern vor (Fall von Koebner). Lokale oder allgemeine Prodrome fehlen vollständig, nur Touton beschreibt einen Fall, welchem Erscheinungen von Abgeschlagenheit, Appetitlosigkeit etc. vorangegangen waren; aufserdem war die Eruption von Brennen, Jucken etc. begleitet, was sonst nicht vorkommt. Die Prognose ist sehr günstig und die Heilung tritt sehr rasch bei Anwendung einer Arseniktherapie oder auch ohne eine solche ein.

Die dritte Varietät kennzeichnet sich durch das Auftreten spärlicher aber sehr grofser Tumoren, welche mit Ödem und Rötung beginnen, welche letztere bestehen bleibt, während ersteres verschwindet. Die Oberfläche der Tumoren ist bald eben, bald höckerig. Die Neubildung kommt ebenfalls mit Vorliebe im Gesichte vor; die Verallgemeinerung des Prozesses geht sehr langsam vor sich und folgt dabei, im Gegensatz zu den anderen Varietäten, gewissen Symmetrieregeln. Man konstatiert ein abwechselndes Zu- und Abnehmen der sekundären Tumoren, welche in

Zusammenhang stehen mit dem momentanen Gesundheitszustande des Patienten (besonders Blut- und Verdauungsstörungen). Diese Varietät der Sarkoide steht somit in enger Beziehung zu den pseudoleukämischen Tumoren. Die histologische Struktur der Intumescenzen stimmt in hohem Grade mit derjenigen der anderen Varietäten überein. Es werden meist an Stoffwechselerkrankungen leidende Personen von ihr befallen.

Als vierte Varietät könnte man den obigen drei solche Formen anreihen, welche sich durch das Auftreten sarkomähnlicher Tumoren nach dem Eindringen aseptischer Fremdkörper unter die Haut kennzeichnen. (Fall von DUBREUILH und VENOT: Eindringen eines Austernschalenfragmentes in einen Finger bei einem 12jährigen Knaben.)

Über die Ätiologie der Sarkoide ist nichts sicheres bekannt. Wahrscheinlich variiert dieselbe je nach den Typen. Spezifische Mikroorganismen sind keine gefunden worden und die Inokulationsversuche sind stets resultatlos geblieben. Dies beweist jedoch noch nicht, dafs es sich dabei nicht um parasitäre Affektionen handelt. Für diese Annahme spricht übrigens schon die Verbreitungsweise der Efflorescenzen, welche sich aus der Wirkung mechanischer oder physischer Agentien kaum erklären liefsen. Auch um den Folgezustand einer Einwirkung chemischer Substanzen kann es sich nicht handeln in Anbetracht des Unbeteiligtbleiben der Blutgefäfswandungen. Weiteren Untersuchungen bleibt es somit vorbehalten, hierüber Klarheit zu verschaffen.

(Übersetzt von C. MÜLLER-Genf.)

Litteratur.

AZUA, Sarcomatosi cutanea molteplice emorragica. *Revista de med. y cirurgia pratica.* Madrid 1895.

ABRAMITCHEFF e SEMENOFF, Sarcoidi multipli cutanei. *Rousskaia Meditsina.* 1894. No. 1, 2, 4.

BERNARD, Sarcoma idiopatico multiplo pigmentato della pelle. *Archive da Derm. et Syph.* 1899. S. 207.

BAILE, Sarcome cutanée de la region lombaire. Jahresversammlung (1899) der Lyoner Gesellschaft für medizinische Wissenschaft.

BOECK, Multiple benign sarkoid of the skin. *Journ. of cut. and gen.-urin. dis.* 1899.

BULLOCH, VILLIAM, Case of idiopathic multiple pigmented sarcoma. *The Brit. Journ. of Derm.* 1901. No. 6.

CARRUCCIO, Un caso di cosidetto sarcoma idiopatico primitivo telangettasico della cute. *Clin. Dermosifil. della R. Università di Roma.* Sept. 1899.

CAMPANA, Alcune dermatosi neuropatiche. *Studi clinici ed anatomici.* Genua 1885.

DE AMICIS, Studio clinico ed anatomo-patologico su dodici osservazioni di Dermopolimelanosarcoma idiopatico. Neapel 1882.

— Sarcomatose cutanée. XII. internat. med. Kongr. Moskau, Aug. 1897.

DARIER, Sarcomatose generalisée. *Société anatomique.* Paris 1898.

Barlos et Bloch, Dermatose indeterminée probablement sarcomatose ou mycosis. Sitzung vom 7. Nov. 1901 d. franz. Gesellsch. f. Dermat.

Daughers et Le Gendre, *France méd.* 22. u. 25. Dez. 1883.

Dubreuilh et Venot, Tumeur d'aspect sarcomateux causée par des corps etrangers multiples. *Ann. de Derm. et de Syph.* 1900. S. 1061.

Filetti, Contributo alla casistica della sarcomatosi cutanea primitiva. *Giorn. ital d. malat. veneree e della pelle.* 1895.

Fordice, Multiple pigmented sarcoma of the skin (Kaposi). *Journ. of cut. and genit. dis.* 1895.

Fendt, Beiträge zur Kenntnis der sogenannten sarkoiden Geschwülste der Haut. *Archiv f. Derm. u. Syph.* 1900. Bd. 53.

Gairdner et Coats, *Transact. of the path. soc. of London.* 1879.

Gatti, Sulla patogenesi della sarcomatosi cutanea (Tre nuovi casi). *Giorn. della R. Acc. di Medic. di Torino.* 1893.

Gibert, Un cas de sarcomatose generalisée. Versammlung vom 20. Jan. 1899 der Gesellsch. f. med. Wissensch. in Montpellier.

Gravagna, Sulla sarcomatosi cutanea idiopatica. *Giorn. ital.* 1897.

Gross, S., Sarcoma della pelle a cellule fusiformi (*Philadelphia med. Times*). Gennaio 1881.

Holländer, Sarcoma idiopatico primario multiplo. Berliner med. Gesellsch., Versammlung vom 19. Jan. 1898.

Hardaway, Un caso di neoplasma pigmentato della pelle. *Journ. of cut. and ven. dis.* V. I.

Hallopeau, Sur une sarcomatose offrant les caracterés d'une lymphangite infectieuse. *Journ. des malad. cut. et syphil.* 1893.

Hide, Nevins, James, Un caso di sarcoma multiplo della pelle. *Edinb. med. Journ.* 1884.

Iwanoff, Über Hautsarkome. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1900.

Johnston, Sarcoma and the sarcoid growths of the skin. *The Brit. Journ. of derm.* XIII.

Kaposi, Wiener Gesellsch. f. Dermatologie, Sitzung vom 23. März 1892.

— id. Sitzung vom 25. Nov. 1892.

— Pathologie und Therapie der Hautkrankheiten. 1899.

Kracht, Sarcoma cutaneo idiopatico. Moskauer dermatol. Gesellschaft, Sitzung vom 27. März 1898.

Köbner, Ein Fall von idiopathischem, multiplem Pigmentsarkom der Extremitäten. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1886.

— Heilung eines Falles von allgemeiner Sarkomatose der Haut durch Arsenik-Injektionen. *Berl. klin. Wochenschr.* 1883.

Kaganski, Sarcoma cutaneo pigmentato multiplo idiopatico. *Wratsch.* 1895.

Labbé et Lapeyre, Sarcomatose extraviscérale généralisée. *Presse méd.* 24. März 1900.

Legrain, Le sarcome cutanée en Algerie. Paris 1896.

Minne, Un cas de sarcome simulant le mycosis fungoide d'emblée. *Ann. de Derm.* 1899.

Malherbe, Henry, Sarcomatose cutanée: Lymphosarcome. *Ann. de Derm.* 1897.

Morestin, Sarcome de la peau de la face. Pariser anatomische Gesellsch., Sitzung vom 16. Febr. 1900.

Montesano, Gli effetti trofici nella cute in un caso di emiatrofia facciale con sarcoma idiopatico. *Bol. della R. Acc. Medica di Roma.* 1900.

Majocchi, Sarcoma idiopatico della cute. XI. internat. med. Kongrefs. 3. April 1894.

Massei, Le complicanze laringee della sarcomatosi cutanea. *Arch. ital. di Laringoiatria.* 1899. Fasc. 38.

Oro, Su di un raro caso di sarcoma del capo. Italienische Gesellsch. f. Dermatologie. 18. Oktober 1895.

Ovion, Sarcoma cutaneo della faccia dorsale del piede. Pariser anatomische Gesellsch. März 1878.

Petrini, Sarcomatosi cutanea multipla pigmentata. *Presse medicala romana.* 1896.

Perrin, De la sarcomatose cutanée. Paris 1886.

Pauzier, Contribution a l'étude de la sarcomatose cutanée généralisée primitive. Dissertation Montpellier. 1899.

Pospeloff, Trattamento della sarcomatosi cutanea con l'arsenico. Moskauer dermatol. Gesellschaft. 1896.

Petit et Lecene, Sarcome de la cuisse. Anatomische Gesellschaft, Sitzung vom 2. Juni 1900.

Schwimmer, Über das Pigmentsarkom und einige verwandte Affektionen. Internat. Kongreſs f. Derm. u. Syph. August 1896.

Spiegler, Wiener dermatol. Gesellschaft. 24. März 1897.

— Über die sogenannte Sarcomatosis cutis. *Archiv f. Derm. u. Syph.* 1894. S. 163.

Stonkovenkoff, Sarcomi multipli pigmentati idiopatici della pelle. Kongreſs der russischen Ärzte. 1894.

Sellei, Über das idiopathische Kaposische Sarcoma multiplex (pigmentosum) haemorrhagicum. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XXXI.

Sherwell, Samuel, Sarcoma multiplo cutaneo. *The americ. Journ. of the med. scienc.* 1892.

Shattuch, Multiples Hautsarkom, behandelt mit subcutanen Injektionen von Fowler'scher Lösung; Heilung. *Journ. of the americ. science.* 1885.

Tanturri, Del sarcoma idiopatico parvi-cellulare, telangettasico, pigmentato della pelle. *Morgagni.* 1877. S. 493.

Tandler, Beitrag zur Kenntnis der Sarcomatosis cutis. *Archiv f. Derm. u. Syph.* 1897.

Touton, Sarcomatosi cutanea. Moskauer Gesellsch. f. Morphol. u. Physiol. 1892.

Tommasoli, Sarcomatosi cutanea. *Acc. med. chirurg. universitaria di Palermo.* Seduta del 23 genn. 1898.

Unna, Histopathologie der Hautkrankheiten.

— Sarkome und Melanocarcinome. 1894.

Wende, A case of multiple idiopatic-pigmented sarcoma. *Journ. of cut. and gen.-urin. dis.* 1898.

Winfield, Report of a case of cutaneous angiosarcoma. *Journ. of cut. and gen.-urin. dis.* 1900.

Zerbini, I fenomeni trofici nel cosidetto sarcoma primitivo pigmentato della cute. *Clinica Dermosifilopatica della R. Università di Roma.* Mai 1898.

Aus Dr. Unnas Dermatologicum.

Histologisches über Kaliätzung.

Von

Dr. Rasch-Stuttgart.

In den Monatsheften der letzten Jahrgänge sind eine Reihe von histologischen Arbeiten über die Veränderungen in der Haut bei Einwirkung verschiedener namentlich ätzender und reduzierender Mittel veröffentlicht werden. Unter den zur Untersuchung herangezogenen Ätzmitteln fehlt namentlich noch das Kali. Dieses hat zwar als solches seine frühere Bedeutung verloren, denn es mufste infolge seiner ungünstigen Nebeneigenschaften sein Anwendungsgebiet nach und nach bis auf einen kleinen Rest an andere Mittel und Methoden abtreten. Auch ist seine Wirkungsweise mit ihren markanten Erscheinungen in der Haut in ihren Einzelheiten schon recht gut bekannt. Dennoch ist eine mikroskopische Untersuchung über die Kaliwirkung aus mehr als einem Grunde des Interesses wert.

Wir haben in dem Kali ein reines Element und nicht wie in den meisten andern Mitteln eine Zusammensetzung verschiedener Stoffe, die die Wirkungsweise weniger durchsichtig machen. Ihm steht in der Haut ein Organ gegenüber, das wegen des fast ausschliefslich sauren Charakters seiner Bestandteile eine Reihe der verschiedensten Angriffspunkte bietet. Wir haben ferner in dem Kali ein ausserordentlich hygroskopisches Mittel, das eine starke Einwirkung auf die Gefäfse erwarten lässt. Ja, sehen wir schon am excidierten Material in der Färbschale bei Zusatz von Alkalien wichtige Veränderungen hervortreten, so können wir bei Behandlung der lebenden Haut mit Kali noch mehr erwarten, und diese gleichsam als Voroperation für chemisch tinktorielle Studien der Gewebe auffassen. Dies in theoretisch anatomischer Hinsicht. Aber auch praktisch liegen noch interessante Fragen von Bedeutung vor. Wie verhält sich bei unverletzter Hornschicht das Kali zur Fettbarriere der Haut? Sprengt es sie und vermag es damit die Resorption von Medikamenten zu befördern? Wie verhält sich das Kali zur Akantose? Woher rührt sein günstiger Einfluss auf diese? Bringt es die Stachelzellen zur Auflösung oder vermindert es die Mitosenbildung?

Ich will deshalb einigen dieser Fragen näher zu treten suchen und in der vorliegenden Arbeit die Ätzwirkung des Kalis auf die lebende Haut einer histologischen Untersuchung unterziehen.

Die Veränderungen aber, die unmittelbar nach vollzogener Ätzung in allen Schichten der Haut eintreten, bieten so viel Details, dass ich mich einstweilen auf diese allein beschränke und mir die Reaktion seitens der Gewebe und deren Regeneration, wie sie im Verlaufe der nächsten Tage und Wochen auf die Ätzung folgen, für eine spätere Arbeit vorbehalte.

Zur mikroskopischen Untersuchung der allmählich nach der Kaliätzung in der Haut eintretenden Veränderungen, wurde am Kaninchenohr, und zwar an der inneren Muschelfläche, mittelst Ätzkalistiftes eine Reihe senkrecht zum Rande stehender Ätzstriche angelegt. Die geätzten Stellen wurden zu verschiedenen Zeiten von unmittelbar nach der Operation bis zum 25sten Tage so excidiert, dass an ihnen links und rechts noch ein Streifen gesunder Haut erhalten war. Mit Ausnahme eines Stückes vom zweiten Tage, das zur Fixierung der Blutkörperchen in Sublimat gehärtet wurde, wurden alle andern in absoluten Alkohol eingelegt. Einschluss erfolgte überall in Celloidin.

Makroskopisch zeigen die Ätzstellen folgende Hautveränderungen: Unmittelbar nach der Tuschierung beginnt die Haut in der ganzen Umgebung des Striches erst glasig trübe, dann bräunlich zu werden. Sie sieht aus etwa wie eine Kruste. Im Laufe der nächsten Stunden entwickelt sich unter diffuser Rötung der ganzen Ohrhaut und starkem Vorspringen der dorsalen grossen Ohrvenen, der Kontaktstelle des Kalis entsprechend, ein zarter weifser Strich, der quaddelförmig breiter wird, in der Mitte einsinkt und die nächsten Tage unter Demarkation gegen die gerötete Umgebung die beginnende Schorfbildung einleitet. Erst weifsgelblich und glatt, wird die Oberhaut hier allmählich dunkler und trockener. Die Umgebung ist stark infiltriert, die Ränder sind gerötet. Auch die Aussenfläche des Ohres nimmt an den Stellen, die den Ätzpunkten entsprechen, mit Rötung, Nässen und Krustenbildung teil. Der Schorf zieht sich dann die nächste Zeit mehr und mehr zusammen, löst sich mit anfangs zartem Epithelsaume von der Unterlage los und stöfst sich, eine noch verdickte Hautstelle zurücklassend, allmählich ganz ab. An einigen Ätzstellen kommt es zu totaler Nekrose des von der Ätzung getroffenen Ohrmuschelsegmentes und nach dessen Sequestration zu einem zackigen Defekt des Ohrmuschelrandes.

Bevor ich auf die histologische Untersuchung selbst eingehe, mufs ich vorher noch einige Punkte erwähnen, die den Befund, sei es infolge der anatomischen Beschaffenheit des Kaninchenohres, sei es infolge der angewandten Methode, mehr oder weniger modifizierten.

1. Ist das Kaninchenohr als Untersuchungsobjekt gewählt worden, wegen der leichten Ausführbarkeit der Excision. Ein Mangel an diesem Objekt ist das Fehlen jeglichen Fettpolsters im subkutanen Gewebe (sowie im speziellen Fall auch des Pigmentes der Haut, da an einem weifsen

Kaninchen die Ätzung vorgenommen wurde), dafür aber die Einschiebung eines Hindernisses, das der Ohrknorpel der Kaliwirkung entgegensetzt.

2. Dieses Hindernis wird kompensiert durch die Lage der Gefäfse am Kaninchenohr. Die Ätzungen sind nämlich an der inneren Fläche der Ohrmuschel gemacht, weil diese weniger behaart ist als die äufsere. Da aber die grofsen Gefäfse an der Aufsenfläche des Ohres verlaufen so wird bei Eintritt von Zirkulationsstörungen an der Innenfläche die Hyperämie nicht nur in weitem Bereiche via Kapillarbahn auf die äufsere übergreifen, sondern es wird auch, wenn jetzt hier Ödem eintritt, das Exsudat, kalihaltig geworden und nach dem Epithel zurückstauend, auf der nicht geätzten Seite ähnliche pathologische Veränderungen bedingen, wie auf der Seite der Ätzung.

3. Was die Ätzung selbst betrifft, so ergibt sie bei der aufserordentlich starken Wirkung des Kali und bei der Abhängigkeit des Effektes dieser von dem gröfseren oder geringeren Feuchtigkeitsgehalt der Gewebe einen sehr variablen Befund. Dieser hängt nicht allein von der Breite des Ätzstiftes, von der bei der Ätzung angewandten Stärke des Druckes und der Zeitdauer des Tuschierens, sondern auch von den Zirkulationsverhältnissen am jeweiligen Ätzpunkt und der Durchblutung des Versuchstieres im ganzen ab. Es ist deshalb schwer, völlig identische Resultate bei Wiederholung der einzelnen Versuche zu erzielen.

Von dem zu verschiedenen Zeiten excidierten Material bietet uns ein Stück, das etwa fünf Minuten nach der Ätzung herausgeschnitten worden ist, die reine Kaliwirkung. Gehen wir jetzt an dessen Untersuchung.

Mikroskopisch sieht man über der ganzen Oberfläche der Ätzstelle, wie über den seitlichen Abschnitten eine Blutschicht gelagert, die gröfsere und kleinere Haarstümpfe, unregelmäfsig aufgefaserte Hornlamellen einschliefst. Die Blutschicht rührt vom Operationsschnitt her. Während auf der nicht geätzten Seite beim Einlegen in Alkohol das Blut abgewaschen ist, ist es hier durch das nach Abhebung der Hornschicht austretende Serum fixiert worden.

Die Epidermis ist seitwärts überall von der Hornschicht bekleidet. Von pol. Methylblau nicht, aber von S.-Fuchsin gut gefärbt und in den oberen Lagen lamellenweise abgehoben, haftet sie in ihrer unteren Schicht noch fest an der Stachelschicht. Die Mitte der Schnitte dagegen ist bis auf die unterste Schicht fast völlig von Hornschicht entblöfst, nur an einigen wenigen Stellen sind von ihr kurz abgerissene, dünne Lagen als spärliche Reste sitzen geblieben. Schon der mechanische Akt des Tuschierens bei gleichzeitiger Einwirkung des Kalis hat genügt, um die am Kaninchenohr allerdings zarte Hornschicht zu entfernen.

Die Stachelschicht zeigt links und rechts vom Ätzstrich, wie auch auf der nicht geätzten Seite in ihrer Gesamtheit, in Färbung wie Struktur

abgeschwächte Veränderungen im Sinne der Kaliwirkung. Das rührt daher, dafs bei dem Einlegen in Alkohol von dem unmittelbar zuvor aufgetragenen Kali Spuren von dem Alkohol aufgelöst worden sind und nun bis zu dessen Erneuerung auf die Oberfläche eingewirkt haben. Auch die Schnittränder zeigen diese Kaliwirkung. Sicher hebt sich die Ätzstelle durch eine Reihe von Veränderungen, wie sie in der lebenden Haut eingetreten sein müssen, genügend ab, dafs wir jene anderen ignorieren können.

Schon die Färbung der Stachelschicht bietet innerhalb des Ätzbereichs deutlich hervortretende Unterschiede. Im allgemeinen nimmt die basophile Stachelschicht mit ihrem normalerweise stark saurem Epithelprotoplasma die pol. Methylblaulösung nur noch schwer an. Dieselbe Thatsache spricht aus dem Verhalten gegen Orceïn, in dem dieses je nachdem das Epithel stärker oder schwächer von der Ätzung getroffen ist, das Methylenblau mehr oder weniger mit seinem braunen Ton ersetzt. Schon an der Färbung aber kann man im Epithel drei verschiedene Zonen der Kaliwirkung nachweisen.

1. Nach aufsen hin ist die Stachelschicht völlig abgeblafst und zeigt unregelmäfsig punkt- und strichweise eine Färbung mit Methylenblau nur dort, wo Kernchromatin in oder aufserhalb des Kernes dieselbe fixiert hat. Nach der Mitte zu folgt eine Strecke, wo das Methylenblau wieder allem Anscheine nach besser haftend, das Epithel diffus färbt. Die Mitte endlich nimmt, bis auf das tiefblau gefärbte abschmelzende Kernchromatin und gewisse Körnungen an der Oberfläche, in den Kernkonturen nur noch Methylenviolett an.

Diesen schon durch die Färbung gekennzeichneten Zonen, die wir Hof, Zwischenzone und Herd nennen wollen, entsprechend, finden wir nun auch verschiedene Strukturveränderungen des Epithels.

In der ersten Zone, dem Hofe, läfst die Stachelschicht, in ihren Lagen bis auf die Körnerschicht erhalten, seitwärts noch Protoplasma, Kern- und Kernkörperchen enthaltende Epithelien erkennen; weiter nach der Mitte zu, nachdem in den unteren Lagen die Kernhöhlen sich mehr und mehr erweitert haben, zeigt sie zwei verschiedene Schichten. In einer oberen, die etwa die zwei oberen Zelllagen einnimmt, sind die Zellkonturen völlig verloren gegangen. Das Protoplasma bildet eine zusammenhängende, nach abwärts in verschieden weit vorspringende Zipfel auslaufende Masse, in die kleine, runde, meist in erweiterter Kernhöhle liegende Kerne eingebettet sind. Die ganze untere Stachelschicht hebt sich von dieser oberen scharf ab, ist von Flüssigkeit aufgehellt und im Zusammenhang ihrer Epithelien unter Verschwinden des Stachelkonturs gelockert. Das Exsudat, von dem später zu sprechen ist, dringt von der Cutis aus zwischen die Epithelien der Basalschicht und umspült dann auch die Zellen der

höheren Lagen. Protoplasma und Kerne fallen dabei der Auflösung anheim. Das Protoplasma wird allmählich abgeschwemmt. Die Kerne, die dann nackt in dem bei der pol. Methyl-Glyc.-Äther-Methode ungefärbten Medium liegen, zeigen zunächst abnorme Gruppierung des Kernchromatins, das bald stäbchenförmig im Innern des Kernes, bald schalenförmig an seiner Peripherie, meist jedoch sichelförmig an einem seiner Pole gelagert ist. Später tritt es an die Oberfläche des Kernes, um von hier aus weggespült zu werden. Man findet dann in dem aufgehellten Überschwemmungsgebiet Massen von Nucleintröpfchen, neben den Nucleolis der nun zu Grunde gegangenen Kerne frei in der Flüssigkeit suspendiert. Es ist also in der äußersten vom Kali nur schwach getroffenen und nur in den obersten Lagen homogenisierten Epithelzone die ganze übrige Stachelschicht fast völlig durch das in diese von der Cutis her eindringende Exsudat aufgelöst.

Endlich wird an der Grenze dieser Zone, dadurch, daß die Kernhöhlen durch Flüssigkeit immer mehr erweitert und mit einander verbunden werden, auch die zusammenhängende obere Schicht vom Exsudat durchbrochen und dieses hellt nun, wie bisher nur die untere Partie, jetzt auch eine Strecke weit deren obere auf.

Inzwischen sind wir in die zweite Zone der Epithelveränderung eingetreten. Die Verschmelzung der Stachelzellen, die in der vorigen Zone nur auf die oberen Lagen beschränkt war, reicht hier bis an die Cutis und bildet je näher dem Ätzherd, einen um so kompakteren Abschluß gegen den Einbruch des freien Exsudates. Nach der Seite hin ist die Stachelschicht erst noch, wie oben erwähnt, stark dem Exsudat ausgesetzt. Und da dieses an die Oberfläche getreten und nun kalihaltig geworden, von oben her das Epithelband in breitem Streifen und nach unten vorspringenden Zungen zu einem farb- und strukturlosen Brei auflöst, die Kernhöhlen auch der tieferen Lagen erweitert, die Kerne größtenteils zum Schwunde bringt, so bleibt zuletzt nur noch ein von leeren Höhlen durchbrochenes Stratum einer fädigkörnigen Masse, hier und da noch mit einem Kern in der Höhle, von der Stachelschicht übrig — das Bild einer Epitheldegeneration, wie wir sie auch im Ätzcentrum nicht wieder finden werden.

Jenseits dieses Bereiches nimmt die Stachelschicht, nachdem der aufgehellte oberflächliche Saum schmäler geworden ist, die einzelnen Kernreihen von unten nach oben allmählich wieder erschienen sind, nach der Ätzmitte zu den Charakter einer trüben, fast undurchsichtigen Masse an. Bei pol. Methylblau - Glycerinäther diffus blau gefärbt, zeigt sie sich bei Protoplasmafärbung mit unzähligen kleinen Bröckeln bedeckt, die stellenweise noch die Zellgrenzen erkennen lassen, aber eine Trübung der ganzen Stachelschicht bedingen. Das Protoplasma zeigt dabei, namentlich nach

der Cutis hin, eine streifige Färbung. Die Kerne sind von grosser aufgeblähter Form, in der untersten Reihe blasser, in den höheren schon dadurch deutlicher markiert, dafs sich das Chromatin an ihrer Peripherie und schliefslich in intensiv gefärbten Körnern auch an ihrer Oberfläche ablagert. In der Umgebung der Kerne treten dann, unter Abblassen dieser, in den Übergangsschichten gröfsere Haufen von Körnern auf, die die Kerne mit einem Zellenleib ähnlichen Mantel umgeben, aber auch mit benachbarten Haufen gröfsere zusammenhängende Strata bilden können. Die Körner sind von ungleicher Form und Grösse, von feinsten Stäubchen bis zu kleinen tropfenähnlichen Gebilden und nehmen, gegenüber den wieder stark aufgehellten obersten Lagen der Stachelschicht, die von ihnen mit grösseren zusammenhängenden Körnerplatten überzogen werden, eine ausgesprochen basophile Färbung an. Nach der Seite des interepithelialen Ödems verschwindend, lassen sie sich, weniger deutlich bei Färbung mit pol. Methylblau-Glycerinäther, in markanter Färbung aber bei neutr. Oreein pol. Methylblau über den ganzen Ätzkontakt verfolgen. Die zweite, an den eigentlichen Ätzkontakt angrenzende Zone zeigt mithin ein in seiner Kontinuität erhaltenes Epithelband. Die Grenzen der einzelnen Stachelzellen sind aber bei parenchymatöser Schwellung und seröser Durchtränkung verwischt, und neben der Ausscheidung von körnigen Massen in den Übergangsschichten findet in der gesamten Stachelschicht ein Ausfall von Chromatin aus den Kernen und von Granoplasma aus den Zellleibern statt.

Der Ätzkontakt nimmt als dritte Zone die Mitte des Präparates in grofser Breite ein.

Die Stachelschicht erscheint hier viel weniger tief als in der Umgebung. Ja, sie hat ein um so reduzierteres Aussehen, als die Kerne der oberen Lagen bis auf einzelne wenige verschwunden und somit nur drei, an hochgradig veränderten Stellen nur zwei Kernreihen übrig geblieben sind.

Das Protoplasma der Epithelien bildet eine zusammengesinterte homogene Masse, die basische Farben überhaupt nicht mehr annimmt. An ihrer Oberfläche liegen die früher geschilderten stark prononzierten Körnerhaufen. In den tieferen Lagen umschliefst sie als schmale Zwischensubstanz die Kerne, die nach der Cutis zu meist so nahe aneinander zu liegen kommen, dafs die Zwischenschicht hier fast ganz zurücktritt. Die Kerne sind klein, von runder, ovaler, auch spindelförmiger Gestalt. In den Übergangsschichten sieht man viele Kerne, die völlig ihre Basophilie eingebüfst haben, aber auch in den jüngeren Schichten nehmen die Kerne mit leicht kerbiger Oberfläche und einem stark lichtbrechenden Kernkörperchen nur noch vom pol. Methylenblau die Komponente des

Methylenvioletts an und zwar nur an der Peripherie. Da gleichzeitig diese mit kleinen basisch gefärbten Chromatinkörnchen besetzt ist, so treten die Kerne aus der farblosen, resp. orceïnfarbenen Stachelschicht auffallend deutlich hervor. An einigen Stellen, die vom Serum mehr durchtränkt sind, ist die Stachelschicht höher, die Kerne sind dann gröfser, haben eine mehr runde Form und sind hier auch in den oberen Lagen in mehr Exemplaren erhalten.

An den Follikeleingängen kommt es dann, wenn sich unter Einbruch des Exsudates die Kaliwirkung aufs höchste steigert, auch zur Auflösung der Zellkerne. Die Stachelschicht, die hier breiter, zeigt dann auffällig grofse Kerne. Die Kerne werden nach der Cutis lang ausgezogen und erhalten ein schaumiges Aussehen. Endlich gehen sie ganz zu Grunde, indem sie mit einem Male unter völligem Zusammenbruch grofse Mengen einer dunkel methylenblauen halbflüssigen Masse entleeren. Bald in kleineren, bald in gröfseren Tropfen, bald in Fäden, bald zu grofsen fetzigen Schwaden verschmolzen liegt dieses Zerfallprodukt der Kerne in der aufgehellten strukturlosen Stachelschicht des Follikeleinganges. Es häuft sich nach der Oberfläche zu an und umgiebt dann das Lumen des Follikels mit einem mehr oder weniger zusammenhängenden dunklen Saum, von dem sich die oben erwähnten Körnerhaufen nicht mehr differenzieren lassen. Die Wirkung, die das Kali auf das Epithel der Kontaktstelle ausübt, besteht also in einer Koagulation des Protoplasmas zu einem strukturlosen Stratum. Aus diesem heben sich an der Oberfläche nur Haufen basophiler Körner, in den oberen Schichten wenige, in den unteren dichtgereihte, nur an der Peripherie noch basisch gefärbte Kerne ab. An den Follikeleingängen gehen, bei Zutritt von stärkerem Exsudat, unter Ausbruch des gesamten Kernchromatins auch die Epithelkerne zu Grunde.

Von den Epithelialgebilden der Cutis sind die Follikel im allgemeinen denselben Veränderungen wie das Deckepithel unterworfen. Nur sind in der tieferen Cutis die Follikel mit dem übrigen Cutisgewebe, aus Gründen, die wir noch kennen lernen werden, einem stärkeren Verfall ausgesetzt. Wir finden hier zwar noch einzelne Follikel, die seitlich gelagert oder durch sie umgebende Nachbarfollikel geschützt, weniger stark vom Kali getroffen, dunkle violettgefärbte fest zusammengeschlossene Epithelhaufen darstellen. Die einzelnen Zellen sind dann bis auf die grofsen Kerne, denen das Chromatin wie locker aufgelagert zu sein scheint, nicht mehr zu erkennen, weil der ganze Komplex durch feine Körnchen getrübt ist. An den meisten Follikeln des Ätzcentrums indessen ist das Epithel des Balges aufgehellt und die ausgeschwemmten Chromatin-, vielleicht auch Granoplasmapartikel, umgeben die Peripherie dieses mit einem

Saume von Körnchen. Die Wurzelscheide, die durch ihre blaue Färbung mit der violetten des übrigen Epithels kontrastiert, kann dabei noch verquollen, diffus gefärbt, einen geringeren Grad von Verätzung zeigen. Zuletzt hellt sich aber auch die Wurzelscheide auf. In der Umgebung ihrer methylenblau gefärbten Kerne treten Körner auf, die endlich, unter Verschwinden der Kerne, zu kleineren oder gröfseren Kugeln verschmelzen. Diese Kugeln zeigen die Eigentümlichkeit, dafs sie bei Färbung mit VAN GIESON eine hellrote, stark lichtbrechende Masse darstellen, ebenso aber auch ein reines Methylenblau annehmen.

Der Modus des Epithelzerfalls in den Follikeln kann aber auch ein anderer sein. Aufserhalb des eigentlichen Ätzbereiches, dort, wo weniger eine chemische Wirkung von seiten des Kali als vielmehr eine Exsudatwirkung zu erwarten ist, sehen wir an mehreren Follikeln, wie unter Abhebung ihrer einzelnen Schichten die Flüssigkeit Balg und Wurzelscheide völlig aufhellt und deren Kerne in schopfähnliche Faserbündel mit eingelagerten Granulis auflöst. Diese Zerfallsprodukte heben sich tiefschwarz gefärbt von dem hellen Untergrund ab und geben, unregelmäfsig zerworfen, ein Bild hochgradiger Zerstörung.

In den Talgdrüsen sind, im Unterschied zu dem übrigen Epithel, die Zellgrenzen überall deutlich sichtbar. Die Zellleiber zeigen ein wabiges Spongioplasma, das nach immer stärkerer Aufhellung zuletzt bei stärkster Kaliwirkung freilich in einzelnen Zellen eingeschmolzen zu werden scheint. Die Kerne gewinnen mehr und mehr Neigung, sich mit Orcein zu färben, werden blasser, bis sie endlich ganz verschwinden. Sie scheiden nur in geringem Grade Chromatin an ihrer Oberfläche ab. Selbst wo es in unmittelbarer Nachbarschaft der Talgdrüsen zu jenem — fast möchte ich sagen — elementaren Chromatinausbruch der Epithel-Kerne und Follikel kommt, sind die Kerne der Drüsenepithelien zwar von schaumiger Struktur, doch im ganzen wohl erhalten.

Einzelne kleine Schweifsdrüfsen innerhalb der Follikelgruppen zeigen auch im Ätzherd noch leidlich gut erhalten neben Epithelien mit acidophilem Kern, solche in denen der Kern eine tief basophile Färbung angenommen hat.

Von den Epithelialgebilden der Tiefe zeigen also die Follikel in ihrem Balgteil denselben Granoplasma- und Kernchromatinausfall wie das Deckepithel, ebenso auch zuletzt völlige Koagulation des Protoplasmas ihrer Epithelien. Die Wurzelscheide des Haares giebt in dem hyalinähnlichen Verhalten der in ihr zu gröfseren Tropfen verschmelzenden Körnerhaufen den Beweis einer anderen chemischen Reaktion. Die Talgdrüsen unterliegen einer allmählichen Auflösung wohl durch Verseifung ihres Fettinhaltes.

Diese strukturellen Veränderungen entsprechen dem makroskopischen Befund der schnellen Ausbreitung des Kali auf der Oberfläche und der serösen Durchtränkung dieser. Die Veränderungen rühren nur teilweise direkt vom Kali her, teilweise sind sie dem serösen Exsudat zuzuschreiben. Eine wirkliche Verätzung der Stachelschicht und eine chemische Verbindung des Kalis mit deren Albuminaten ist nur im Centrum eingetreten. Die Stachelschicht nimmt dabei an den Kernkonturen, nachdem die Stoffe, die sich mit Methylenblau färben lassen, durch das Kali ausgeschieden oder gebunden sind, nunmehr nur Methylviolett an. In der schmalen Zwischenzone und in den Follikeln, die deren Ätzgrad entsprechen, ist es, wie die blaue Färbung zeigt, noch nicht zu einer Bindung des Kalis gekommen, sondern unter parenchymatöser Durchtränkung der Stachelschicht mit Exsudat hat es hier nur zu einer Scheidung des Granuloplasmas vom Spongioplasma der Epithelleiber geführt. — In der äufsersten Zone endlich sind nur die oberen Lagen durch das Kali homogenisiert und lassen wegen ihres mehr körnigen Gefüges auf stärkere Austrocknung schliefsen. In dem ganzen unteren Bereich der Stachelschicht hier, sehen wir nur die reine Wirkung des Exsudates, das hier, interepithelial gegen die Oberfläche vordringend, eine fast völlige Auflösung der Stachelzellen zu stande gebracht hat. Nochmals sei hervorgehoben, einen wie deletären Einfluſs das Kali auf das Deckepithel wie das Epithel der tieferen Follikel hat, wenn es, in reichlichem Exsudat aufgelöst, in schwächerer Prozentuierung auf diese einwirkt, wie es in den Follikeleingängen innerhalb des Ätzherdes, an jener Durchbruchstelle des Exsudates nach der Oberfläche, zwischen erster und zweiter Zone, und einigen peripher gelegenen Follikeln in der Cutis der Fall ist.

Während von der Ausschwemmung des Chromatins und Granoplasmas, wie wir sie in der Zwischenschicht und dem Balgepithel gefunden haben, später bei den Zellveränderungen der Cutis die Rede sein wird, müssen wir noch an dieser Stelle mit ein paar Worten auf die Körnerhaufen der Zwischenzone und des Herdes und den Chromatinausfall innerhalb des letzteren eingehen.

Die in körnerzellenähnlichen Haufen auftretenden Körner der Übergangsschichten könnte man für Keratohyalin halten. Man könnte annehmen, daſs der chemischen Kaliwirkung eine physikalische vorausgegangen wäre und durch Austrocknung der Epithelien eine momentane Beschleunigung der Verhornung herbeigeführt hätte. Aber die fraglichen Körner haben mit Keratohyalin nichts gemein: 1. sind die Methoden, bei denen die Körnungen erscheinen, keine Methoden zur Darstellung von Keratohyalin, wie auch umgekehrt solche, wie die nach Gieson und Weigert sie durchaus nicht hervortreten lassen; 2. hat Keratohyalin eine festere Konsistenz, in unserem Falle weist aber das Verschmelzen von einzelnen

Körnern auf eine mehr flüssige Form hin; 3. sind die hier in Frage kommenden Körnerhaufen von wechselnder Gröfse und Gestalt und weichen in langgestreckten Platten vielfach von dem Typus der Körnerzellen ab. Ausgeschwemmtes Granoplasma, nach dessen Verlust das Epithel der Ätzmitte dann eben nur mit Methylenviolett färbbar geworden wäre, kann die Körnerhaufen auch nicht bilden, denn diese heben sich in der Zwischenschicht von dem dort ausgeschiedenen Granoplasma deutlich ab und die ganze Zone zeichnet sich durch ihre methylenblaue Färbung aus. — Ferner könnte man bei den Körnungen an die von UNNA beschriebene nucleäre Degeneration des Protoplasmas denken. Allein die Gröfse der Körner, das bei ihrem Auftreten allmähliche Abblassen des Kernes, läfst letztere wohl nicht mit jenen Körnern identifizieren. Immerhin spricht der Ort, wo die Körnungen auftauchen, dafür, dafs sie sowohl zu dem Keratohyalin wie zu der nucleären Degeneration in einer gewissen Beziehung stehen. Gleichzeitig zeigt aber auch die nebenhergehende Chromatinabscheidung der Kerne, dafs diese bei der Körnerbildung eine Rolle spielt, ebenso wie der Umstand, dafs die Körnerhaufen mit den Chromatinschwaden im Follikeleingang zu verschmelzen scheinen, dafür spricht, dafs das Chromatin und die Körner verwandter Natur sind. Entweder möchte ich deshalb in den Körnern eine Verbindung von Chromatin mit dem in Lösung übergehenden Keratohyalin annehmen, oder ich müfste daran denken, dafs die Keratohyalinabscheidung an präformierte Stellen, vielleicht an die Stacheln des Epithelleibes gebunden, in unserem Falle durch das Chromatin substituiert worden ist. — Ähnliche Körnungen finden wir um die Kerne der Wurzelscheide der tieferen Follikel gruppiert. Diese zeigen aber insofern ein anderes Verhalten, als sie bei weiterer Kaliwirkung zu grofsen Kugeln zusammenfliefsen, die bei Färbung nach GIERSON eine hellrote stark lichtbrechende Farbe annehmen, während sie bei Färbung mit pol. Methylenblau noch das Methylenblau fixieren, also an Hyalin erinnern.[1]

Der Kernzerfall tritt auf drei verschiedene Arten ein. In der ersten Zone des Deckepithels wie in der Stachelschicht aller weniger vom Kali getroffenen Haarbälge sehen wir das Chromatin bei zuvörderst erhaltener Kernhülle in Tröpfchen abschmelzen, ein Vorgang, der als Chromatolysis bekannt ist. Eine zweite Art des Kernschwundes tritt uns in den Schichten einiger mehr seitlich in der tieferen Cutis gelegenen Follikel entgegen, Stellen, die scheinbar einer starken Exsudation ausgesetzt sind. Wir sehen, wie sich hier die Kerne in ein feinfaseriges Stroma mit kleinen eingelagerten chromatinbröckelartigen Granulis auflösen.

---

[1] Leider war es mir, wegen Verlust meines Materiales auf einer Reise, nicht möglich, später noch Färbungen auf Eleïdin vorzunehmen.

Von diesen beiden Arten unterscheidet sich eine dritte, die wir ausschliefslich in den Follikeltrichtern, unter aufserordentlich starker Kali- und Exsudatwirkung beobachten. Der foudroyante, den Kern wie mit einem Schlage vernichtende Chromatinausfall, zeichnet sich sowohl von der Chromatotexis Unna, wie von der Chromatorrhexis Frickenhaus, aus. Während bei diesen beiden Formen des Kernschwundes noch gröfsere oder kleinere Kernreste erhalten bleiben, bei jener eine Abschmelzung des Chromatins in langen Fäden oder in Tropfen stattfindet, bei dieser das Chromatin in mehr oder weniger kleinen Fragmenten vom Kern losgesprengt wird, sehen wir hier, wie aus den vorher wabig aufgeblähten und in die Länge gezogenen Kernen das gesamte Chromatin mit einem Male herausbricht. Tröpfchen, Kugeln, Fäden gruppieren sich zu den monströsesten Formen von Chromatinhaufen, die von den zu Grunde gegangenen Kernen nur leichte Andeutungen eines faserigen Stromas erkennen lassen. Ja, das Chromatin ist in einzelnen Follikeln in so grofsen Mengen abgeschieden, dafs es eine Art kleiner Seen bildet und man, da die Körnerhaufen der Oberfläche hier gleichzeitig verschwinden, auf die Vermutung kommen kann, es könnte der Stoff, der in diesen zur Ausscheidung kommt, bei der Bildung jener mitbeteiligt sein.

Gehen wir jetzt auf die Cutis und Subcutis über, so kündigte sich bereits das Ödem in der Stachelschicht als Folge der Vorgänge in der Cutis an. In einem Übersichtsbild sehen wir, 1. dafs die Ätzwirkung nicht mit dem Knorpel abschliefst, sondern auch diesen und die andere Ohrfläche mittrifft; 2. dafs der eigentliche in Epithel und oberer Cutis stärker aufgehellte Ätzherd nach abwärts in eine dunklere kompakte Partie übergeht; 3. dafs diese eigentliche Ätzzone nach aufsen von einer trüben, aber nicht homogenisierten, in der tieferen Cutis durch Exsudat stärker aufgehellten, und diese Zone dann wiederum von einer Cutis mit stark erweiterten Gefäfsen schalenförmig eingefafst wird.

Diese Einteilung in drei einzelne Zonen gilt aber nur im Schema. Denn wenn sie auch nach der Seite der Ohrspitze zu, wo das Exsudat einen nur beschränkten Zufluſs erhält, deutlich zu erkennen sind und sich von hier aus auch jenseits des Knorpels nachweisen lassen, so ändert sich das auf der Seite, die nach der Ohrwurzel liegt. Hier ist es bis auf wenige Andeutungen nicht zu den Veränderungen der Zwischenzone gekommen, sondern das Exsudat, das aus dem ganzen Gefäfsgebiet der oberen Ohrmuschel zusammengeströmt ist, hat hier die Ausschwemmung des Granoplasmas bereits vollendet und zur Aufhellung der Cutis bis an den Ätzherd heran geführt.

In färberischer Hinsicht zeigt das kollagene Gewebe der Cutis ein dem Epithel entsprechendes Verhalten. Nahm dessen Basophilie durch den Effekt der Kaliwirkung ab, so mufs hier die Acidophilie des

Kollagens zunehmen. Wir finden infolge dessen neben dem methylenroten Timbre aller Zellkerne, in der ganzen Cutis, soweit die Kollagenbalken als solche erhalten und vom Kali affiziert sind, eine dunklere Oreeinfärbung, ein gesättigteres Rot des durch die Pikrinsäure fixierten Säurefuchsins. Ebenso nimmt im Knorpel, je mehr er der Kaliwirkung ausgesetzt ist, die Grundsubstanz besser und besser saure Farben an und die Färbung mit den Komponenten des polychromen Methylenblau beschränkt sich auf die Gebilde der Knorpelhöhlen.

Was nun die Zirkulationsstörungen betrifft, so haben wir in dem Ätzkontakt die Stelle, nach welcher vor allem die Serotaxis im Momente der Ätzung gerichtet war. Unter Erweiterung der Kapillaren, Lymphgefäfse und Lymphspalten im subpapillaren Gewebe hat das Serum die Kollagenbalken und -bündel auseinander gedrängt und im Epithel die Erscheinungen gesetzt, die oben geschildert worden sind.

Unter der aufgehellten Cutis folgt dann ein Gewebe, welches unter weit vorgeschrittenem Zell- und Bindegewebszerfall fast völlig homogenisiert ist und sich jenseits des Knorpels an einer Stelle bis an den Bereich der Follikel der anderen Ohrfläche erstreckt. In dieser ganzen Zone sind die hochgradig erweiterten Blutgefäfse mit ihrem in Stase befindlichen Inhalt der gleichen Homogenisation unterlegen. Sie haben aber vorher noch ein Exsudat abgegeben, dessen nun stark kalihaltig gewordene im Gewebe der Cutis gebliebenen Reste die geronnenen Bindegewebszüge ungleichmäfsig aufhellen und arrodieren. Und da aufserdem dieser ganze nekrotische Pfropf infolge seines reichen Kaligehaltes seinerseits wiederum eine Serotaxis von der seitlichen Umgebung her hervorruft, so finden wir seine Seitenpartien heller und ein Exsudat in diesen, welches, nun kalihaltig werdend, die deletäre Wirkung des Ätzmittels weit nach beiden Seiten hin fortträgt. An einem mit Gentiana, Alaun, Jod, Eosin gefärbten Präparat sieht man an dem Hocheosinrot der dem Kali verfallenen Partien sehr schön, wie die Kaliwirkung weit nach links und rechts vom eigentlichen Ätzherd in dessen Umgebung ausstrahlt.

Um den Ätzherd herum liegt ein Gewebe, das Trübung und Schwellung, aber keine Zeichen von Koagulation aufweist. Die Blutgefäfse sind auch hier in Stase, ihr Inhalt ist aber nicht mehr so gleichmäfsig versintert; er zeigt in den Gefäfsen jenseits des Knorpels eng aneinander gedrückte rote mit einzelnen weifsen Blutkörperchen. Endlich folgt nach auswärts, Ätzherd und Zwischenzone, auch nach dem Epithel der anderen Ohrfläche umfassend, ein Gebiet starker Stauungshyperämie mit wieder deutlich differenzierten Gewebselementen. Die grofsen Venen der äufseren Ohrfläche sind ganze Strecken dem Knorpel entlang, mit klaffendem Lumen und von Flüssigkeit umspült, zu verfolgen. Von ihnen aus erstreckt sich die Stauung einesteils gegen das Epithel der nicht geätzten Seite, andern-

teils setzt sie sich durch Spalten im Knorpel, wie man an solchen passierenden stark geschlängelten Venen sieht, auch nach der Ätzseite fort. Hier tritt nach dem Epithel zu immer mehr Exsudat aus den Gefäfsen aus, so dafs diese und die Follikel, von ihm umgeben, wie präpariert freiliegen. Die durch Stauung erweiterten Gefäfse gehen dann in continuo in das Gebiet der Serotaxis, d. h. der durch das Kali bedingten aktiven Hyperämie über, die nach dem Ätzkontakt gerichtet ist.

Pathologisch sind diese Zirkulationsstörungen wohl auf folgende Weise aufzufassen. Das Kali hat im Momente der Ätzung in weitem Umfange aus den Gefäfsen der Cutis und Subcutis das Serum an sich gerissen. Wie bei Applikation eines Schröpfkopfes durch Aufheben des Luftdruckes über der Haut das Blut nach der Schröpfstelle angesaugt wird, und nach Fixation des Gefäfsinhaltes daselbst eine Stauungshyperämie im ganzen Gefäfsbezirk der Umgebung entsteht, so bewirkt hier der Gefäfsreiz Ansaugung des Serums, Gefäfserweiterung, Verlangsamung des Blutstromes, Stauung des Gefäfsinhaltes und endlich Stauungshyperämie in der Umgebung. So recht ein Paradigma für die Serotaxis, deren Einführung als Begriff in die Pathologie und als einen Hauptfaktor bei vielen Entzündungen wir UNNA verdanken. Sie tritt uns hier in allen ihren Phasen vor Augen.

Die paradoxe Erscheinung, dafs im Ätzkontakt die obere Cutis, wie auch das Epithel mit seinen im grofsen ganzen verhältnismäfsig wohl erhaltenen Kernen weit weniger vom Kali zerstört sind, als das in völliger Auflösung begriffene Gewebe der Subcutis, findet ihre Erklärung in dem Verhalten der Gewebe gegenüber konzentrierten und verdünnten Kalilösungen. Konzentrierte Kalilösungen greifen diese viel weniger an als verdünnte. Wie wir diesen Satz oben bereits an einigen Stellen des Epithels, die namentlich dem Exsudat stark ausgesetzt waren, bestätigt fanden, so ist er auch schon lange praktisch verwertet worden, indem man zur Verstärkung der Kaliwirkung auf die mit der Kalipaste beschickte Hautpartie feuchte Watte applizierte.

Im Anschlufs an eine nach dem Kaliherd gerichtete Serotaxis, Stasen- und Thrombenbildung innerhalb der zu- und ableitenden Gefäfse, Stauungshyperämie in den benachbarten Gefäfsterritorien sehen wir also die Kaliwirkung unter dem Epithel weit nach den beiden Seiten wie über den Knorpel hinaus sich ausbreiten. Dem Epithel der stärksten Kaliwirkung entspricht hierbei ein Gewebe, das in der oberen Cutis geringere Störungen zeigt, in der Tiefe aber bis in den Follikelbereich der anderen Ohrfläche hinüber einer fast völligen Koagulation unterlegen ist. Unter dem Epithel der zweiten Zone liegt ein Gewebe, welches den Ätzherd um-

gebend, in der Subcutis von dem kalihaltig gewordenen Exsudat stärker affiziert ist, sich im übrigen aber durch dieselbe Trübung und Schwellung, wie das zugehörige Epithel abhebt. In der äufsersten Zone endlich hat die Stauungshyperämie in Subcutis und Cutis ein interstitielles Ödem zur Folge, dem sich nach aufwärts das durch die Serotaxis hervorgerufene anschliefst, um endlich interepithelial auftretend, zu einer Zerstörung der Stachelschicht zu führen.

Aufser den Zirkulationsstörungen zeigen die Cutis und Subcutis noch folgende Veränderungen in den einzelnen Gewebsbestandteilen: Die Details wurden, was ihren zelligen Teil betrifft, bei Protoplasmafärbung, das kollagene Gewebe bei Färbung mit polychromem Methylenblau und Orceïn, das elastische mit saurem Orceïn untersucht.

In den Distrikten des interstitiellen Ödems, die der ersten Zone des Epithels entsprechen, hat das kollagene Gewebe eine hellere Orceïnfärbung und zeigt zwischen den Bündeln klaffende Gewebsspalten. Die elastischen Fasern ziehen über diese gut erhalten hinweg. Je mehr das Exsudat nach der Zwischenzone zunimmt, schwellen die Bindegewebskerne mehr und mehr an. Bei Protoplasmafärbung finden wir in den äufseren Partien neben einzelnen, merkwürdig in die Länge gestreckten, meist noch Kerne, die zwar etwas verwaschen gefärbt, aber leidlich gut erhalten sind. Später weisen die Kerne polwärts oder an den Seiten in Fäden mehr oder weniger lang ausgezogene schaumige Protoplasmareste auf. In die Peripherie dieser Fäden, Spitzen und Kämme schlagen sich kleine, dunkelgefärbte Körnchen nieder, so dafs bei Zurücktreten des Protoplasmaleibes im mikroskopischen Bilde, eigentümliche punktierte Zeichnungen, gewissermafsen Oberflächenreliefs der Zellenreste entstehen. Endlich blähen an der Grenze des Hofes, wo das Exsudat in der Cutis am stärksten auftritt, die Kerne zu grofsen wabenförmigen (Bütschli) Körpern auf und zeigen das Chromatin in geschlängelten Linien abgelagert, die den ganzen Kern in einzelne Segmente und diese wieder in kleine polyedrische Gliederchen teilen. Auch die Peripherie der Kerne ist den inneren Gliedern entsprechend deutlich eingekerbt. An den Spitzen der kleinen Segmentglieder lösen sich Chromatinbröckel vom Kerne ab. An einigen Kernen scheinen die einzelnen Segmente vom Pole her auseinanderzuweichen und auf diese Weise einen Kernzerfall einzuleiten. — Aus den Gefäfsen der tieferen Cutis treten eine geringe Anzahl Leukocyten aus, die durch ihre tief methylenrote Färbung von dem übrigen Gewebe abstechen und dadurch einen aufserordentlich gegen das Kali empfindlichen Chemismus verraten.

In der Zwischenzone, unter dem Epithel, das den zweiten Grad der Ätzwirkung zeigt, hat das Kollagen nach Wegfall der klaffenden Lymphspalten ein geschlosseneres Gefüge, die Bündel sind hier aber in ihren

Fibrillen gelockert und diese haben infolgedessen eine wellige, nicht mehr straffe Richtung. Die die Kollagenbündel umspannenden elastischen Fasern sind gequollen und treten stärker hervor.

Die Kerne der Bindegewebszellen sind von unregelmäfsiger Form. Während die Kernmitte meist aufgehellt ist, liegt das Chromatin ungleich verteilt an der Peripherie. Das Protoplasma ist nur an wenigen Kernen der oberen Cutis in spärlichen Resten erhalten, die dann mit Körnchen bedeckt sind; an anderen ist es nur durch eine verwaschen graublaue Färbung der unmittelbaren Umgebung des Kernes angedeutet, meist ist es ganz verschwunden. Sein ausgefälltes Granoplasma bedeckt mit von den Kernen abgeschmolzenen Chromatinbröckeln das kollagene Gewebe in solchen Massen, dafs das ganze Feld ein trübes rauchiges Aussehen erhält. Kapillaren und Venen sind in Stase. Ihr Inhalt beginnt zu verschmelzen. Einzelne Leukocytenkerne in der Nähe von Gefäfsen gehen sehr schnell wieder zu Grunde. Ihre Kerne sind lang ausgezogen.

Nach dem Ätzherd zu steigert sich in der unteren Cutis der Kernzerfall. Das Gewebe wird hier stärker von Exsudat aufgehellt und enthält wieder Kerne in Wabenform, die hier aber abgeblafst, das Chromatin völlig verloren haben. Die als kleine Stäbchen in mehreren Schichten und regelmäfsigen Abständen gelagerten Kerne des Perichondriums werden unter scheinbarer Aufquellung seiner Bindegewebslagen, länger und breiter und lassen einen methylenblauen von einem diesem anlagernden methylenroten Stoff unterscheiden.

Unter dem Ätzherd verfällt das Kollagen einer allgemeinen Koagulation. Nur die Bündel der oberen Cutis sind vor einer solchen bewahrt geblieben. Dunkeloreinfarben, gequollen, nur an einigen wenigen Stellen abgeblafst und wie zerfressen, einen höheren Grad von Erweichung erkennen lassend, werden die Kollagenzüge durch die erweiterten Lymphspalten auseinandergedrängt. Im ganzen übrigen Ätzcentrum ist das Kollagen zu einer versinterten Masse geronnen, in der sich in abwechselnder Ausdehnung dichtere schollige Stellen von aufgehellteren abheben. Da die letzteren zungenförmig in jene scholligen Partien eindringen und sie in ungleichmäfsiger Fleckung durchsetzen, sieht das geronnene kollagene Gewebe wie ausgelaugt aus.

Die elastischen Fasern schmelzen gleichzeitig ab. Von den langen Faserzügen, mit denen sie zur Oberfläche emporsteigen, sind nur noch kurze Stücke, die in kolbige Verdickungen auslaufen und krümelige Massen, die den früheren Faserverlauf durch die Cutis andeuten, übrig.

Die Bindegewebskerne der oberen Cutis sind gegenüber denen der tieferen immer noch leidlich erhalten. Einzelne weisen noch Protoplasmareste mit eingestreuten Granulis auf, einige sind in Chromatorrhexis lang ausgezogen, in den meisten liegt das Chromatin in unregelmäfsig geformten

Haufen an der Peripherie. Die Kerne der tieferen Cutis sind so in Zerfall begriffen, daſs kaum einer dem andern gleicht. Während die Kerne in der unmittelbaren, wie wir sehen, sehr exsudatreichen Umgebung des koagulierten Herdes von der unregelmäſsigsten Form, abgeblaſst das Chromatin in ungleichmäſsiger Schattierung aufgelagert enthalten, oder auch wabenförmig aufgetrieben, bei stärkerem Verfall zuletzt nur ein spärliches Fasergerüst erkennen lassen, fallen die Kerne innerhalb des koagulierten Herdes durch ihre klumpige Form und dunkle Färbung auf. Die Kerne am letzteren Ort sind von graublauen Höfen umgeben, die sich bei Gebrauch der Mikrometerschraube in hellrote, teils amorphe, teils fädige Massen mit eingestreuten dunklen Körnern auflösen. Denselben hellroten Stoff mit Granulis sehen wir fädig als spinnengewebsartige Zeltchen einzelnen Kernen angelagert; er scheidet weiter amorphkörnig die Gefäſslumina ein. Er zeigt sich auch in der Umgebung von Leukocytenkernen, die hier in der Nähe von den subcutanen Gefäſsen zahlreicher auftreten, um allerdings sofort wieder zu Grunde zu gehen. Neben solchen nämlich, die sich zerklüften oder in dickeren Ausläufern abschmelzen, giebt es auch nicht wenige, aus denen, als ob das Kali eine Sprengwirkung auf sie ausübte, ringsherum rote, dickere Bröckel vor sich hertreibende fädige Massen hervorschieſsen. An einigen Stellen findet man kleine Convolute solcher roter Fäden, die wohl die Stelle zu Grunde gegangener Leukocyten andeuten.

In groſser Menge kommt der sich mit polychromer Methylenblaulösung rot färbende Stoff in den dem Perichondrium angelagerten Bindegewebszügen vor. Auch hier scheint er teils fädig, teils amorphkörnig aus den Kernen, wie aus deren Umgebung, wie auch zwischen den einzelnen Bindegewebslagern hervorzuquellen.

Endlich finden wir die roten krümeligen Massen sowie die dunklen Granula auch über das farblose Zwischengewebe des ganzen Herdes ausgebreitet. Hier schlagen sie sich bis in die obere Cutis hinauf in Gewebs- und Lymphspalten nieder, welche dann rötlich von ihnen umsäumt werden. Daneben finden sich in dem Präparat mit spezifisch kollagener Färbung, in den ausgelaugten Buchten der koagulierten Kollagenschollen eigentümliche traubchenähnliche Gebilde, die aus kleinen violett umsäumten Blättchen zusammengesetzt werden und wohl von ausgefällten Kalisalzen herrühren mögen.

Alle diese frei über das Gewebe ausgestreuten Partikelchen verschwinden, sowie gleichzeitig ein stärkeres Exsudat in den Ätzherd eindringt. Und das ist nach Anlage des Ätzstriches bei unserem Präparat nur auf der Seite der Fall, die, nach der Ohrwurzel gelegen, aus einem gröſseren Gefäſsterritorium versorgt wird. Hier kommt es dafür zu anderen Erscheinungen. An einer Übergangsstelle umgeben sich zuerst einige

Leukocytenkerne mit rotgefärbten, fein verzweigten, weit in die Umgebung ausstrahlenden Netzen. Dann treten aber auch über die ganze untere Cutis hin, namentlich entlang dem Perichondrium und den grofsen subcutanen Gefäfsen in kleine Komplexe angeordnete Fadennetze von gleich roter Farbe auf. Die Fäden sind von verschiedenem Kaliber und doppelten Konturen, sind geschlängelt und zeigen gewöhnlich an den Knotenpunkten, aber auch in ihrem freien Verlaufe, kleine dunkelgefärbte Granula. Bei starker Abblendung des Präparates sieht man an einzelnen Stellen in ihren Schlingen farblose schaumige Massen. Die im übrigen total aufgehellte Cutis, die fast nur zu Fasergerüsten reduzierten Bindegewebskerne, das in allen Schichten zerfallene Follikelepithel kennzeichnet den Gewebszerfall dieser Stelle als den stärksten Effekt der Kaliwirkung in der Cutis.

Über die Veränderungen der einzelnen Gewebsbestandteile der Cutis ist nach dem, was über die Zirkulation gesagt worden ist, wohl nichts mehr hinzuzufügen. Auf eines ist aber noch besonders einzugehen, das ist der Zerfall der Zellen und Zellkerne. Wir haben, was diesen betrifft, je nach den einzelnen Zonen, verschiedene Stadien zu unterscheiden. In den seitlichen Partien des Hofes schlägt sich ein basophiler Stoff in kleinen Granulis auf die gequollenen Kernfäden und auf das Spongioplasma nieder oder gruppiert sich auch zwischen den Zellen in geschlängelten anastomosierenden Linien, um dann in der Zwischenzone nach Schwinden des Zellleibes und Abblassen des Kernes das ganze Zwischengewebe in feinen Körnchen zu bedecken. Denselben Vorgang fanden wir im Epithel, nur waren die Kerne im Deckepithel durch frühzeitige Quellung und die im Follikelepithel durch ihre Lagerung in kompakte Haufen vor weiterem Zerfall geschützt, während die Bindegewebskerne der Cutis wahrscheinlich nach vorhergegangenem Verlust des Gewebswassers dem Andrang des Exsudates jetzt um so eher erlagen. Es handelt sich hier um einen Prozefs, den Unna in einer seiner letzten Arbeiten als Transport von Granoplasma besprochen hat. Er hat ihn künstlich an Schnitten, die er der Diffusion einer Kochsalzlösung aussetzte, hervorgerufen. Wir haben denselben Prozefs hier im Gewebe der lebenden Haut bei Kaliwirkung. Wenn auch hier bei der Granoplasmaausscheidung ein grofser Anteil der Exsudatwirkung an sich zukommt, und wie diese, wie schon lange bekannt, an ödematösen Stellen durch Quellung zu den Formen der Wabenkerne und Schaumzellen führt, so ist doch, das sieht man an der roten Färbung der Leukocytenkerne der Tiefe, ein chemotaktischer Einfluſs des Kalis nicht zu verkennen und bei der Ausfällung des Chromatins wie Granoplasmas aus Kern und Zelle mit aller Wahrscheinlichkeit als mitwirkender Faktor anzunehmen.

Im Ätzcentrum endlich findet sich in der Nachbarschaft der Kerne

wie über das ganze Gewebe verstreut aufser den durch ihre dunklere Färbung gekennzeichneten Granulis noch ein weiterer Stoff, der durch seine an die Mastzellenfärbung erinnernde hochrote Farbe auffällt. Dafs dieser Stoff ein anderer als der bisher ausgeschiedene ist und die rote Färbung nicht von einer Änderung der Tingibilität durch das Kali herrührt, das sehen wir an der dunklen Farbe der Granula, die diese wie früher zeigen, aufserdem aber auch an den Wurzelscheiden innerhalb des Ätzherdes, die noch rein methylenblau gefärbt sind. Der Stoff kommt nicht im Epithel, sondern nur im Bereiche des Bindegewebes und zwar in sich häufenden Mengen nach dem Knorpel hin vor und findet sich aufserdem vor allem in der Umgebung von Leukocytenkernen. In koaguliertem Gewebe, mehr amorph, schlägt er sich in exsudatreichen Partien in zierlichen an Injektionsbilder erinnernden Netzen nieder, die zum Teil den Eindruck machen, als hätte man Teile des Saftkanalsystems vor sich. Zuletzt bleibt von den Bindegewebskernen ein im Exsudat sich auflösendes Fasergerüst übrig, das uns einen weiteren Kernbestandteil vor Augen führt. Dieser zeichnet sich dadurch aus, dafs er nur noch Methylenviolet annimmt und dem Kali, nachdem die anderen Stoffe ausgefällt sind, am längsten Widerstand zu leisten scheint.

Was dieser ausgeschiedene Stoff für ein Eiweifskörper ist, kann ich nicht entscheiden. Der Farbe nach hat er Ähnlichkeit mit den Stoffen, die die Mastzellen charakterisieren und die UNNA nach Diffusion von Rhinophymschnitten mit konzentrierter Kochsalzlösung in ähnlichen amorphen roten Massen in Netzwerken roter Fäden aus den Mastzellen in das kollagene Gewebe austreten sah. Wir müssen deshalb annehmen, dafs gewisse Eiweifskörper der Leukocyten wie der Bindegewebszellen durch das Kali eine chemische Änderung nach Art der Mastzellenkörner erfahren. Dass auch andere Chemikalien eine solche bewirken können, dafür giebt uns folgende Beobachtung von FRICKENHAUS, die er nach Karbolätzung an den Zellen in der tieferen Cutis gemacht hat, einen Beweis. „Das Protoplasma von diesen, sagt er, färbt sich in Präparaten, die mit pol. Methylenblau hergestellt wurden, intensiv methylenrot, ganz in der Weise der Mastzellen. Sogar das Plasma einiger Leukocyten in stasierten Gefäfsen nimmt dieselbe Färbung an. Daneben finden sich diesseits wie jenseits des Knorpels insbesondere perivaskulär viele Mastzellen, die durch ein ganz eigentümliches Verhalten ihres Protoplasmas auffallen. Aufser von einer Hüllplatte sind sie bisweilen von einem intensiv karminrot tingierten unregelmäfsigen Netzwerk umgeben, das bisweilen mehrere Kerne umschliefst und krümelig fädige Ausläufer in das umgebende Kollagen sendet.“ Da es sich dieser Beschreibung nach hier um dieselben Kern- und Zellzerfallsprodukte handelt, wie wir sie an der gleichen Stelle gefunden haben und UNNA den Transport gewisser Stoffe

aus typischen Mastzellen sich in ebensolchen geschlängelten, in Netzen anastomosierenden Fäden vollziehen sah, so liegt wohl der Schluſs nahe, daſs die Mastzelle nicht als eine morphologische Einheit, sondern als ein chemisch veränderter Zustand von Bindegewebszellen wie auch Leukocyten aufzufassen ist, wie er durch chemische Agentien, resp. pathologische Prozesse im Gewebe hervorgerufen wird.

Eigentümlich ist die Bildung der Fäden und Netze. Da diese an das Vorkommen eines reichlicheren Exsudates gebunden zu sein scheint, so ist es denkbar, daſs der rote Stoff sich im Serum löst und nun von der Zelle aus zu einer Injektion des Saftkanalsystems führt.

Den durch seine hochmethylenrote Färbung ausgezeichneten Stoff werden wir auch im Knorpel wiederfinden. Und zwar tritt er hier in der Umgebung der Knorpelzellen innerhalb der Kapsel auf, wo er sich in einem spongiösen facettenartigen Fachwerk als Ektoplasma von einem mehr granulären rein basophilen Endoplasma der Knorpelzelle sensu strictiore abhebt.

Wir haben also, was die Gewebsveränderungen der Cutis und Subcutis betrifft, neben Erweichung des Kollagens in den seitlichen Zonen, seiner völligen Gerinnung innerhalb des Ätzherdes unter gleichzeitiger Auflösung des Elastins vor allem eine Zerstörung der zelligen Elemente gefunden. Schlug sich das Granoplasma und Kernchromatin in der äuſsersten Zone in den noch rudimentär vorhandenen Zellleib nieder, so verschwand dieser letztere in der Zwischenzone und die Granoplasmapartikel bedeckten freigeworden das Gewebe. An der Ätzstelle selbst kamen dann auſser dem Chromatin und Granoplasma noch andere Stoffe, namentlich ein methylenroter Stoff zur Ausscheidung, die Eiweiſskörper teils des Kernes, teils des Protoplasmas sein muſsten.

Die Wirkung des Kalis auf den Knorpel ergiebt so zahlreiche und interessante Veränderungen in diesem, daſs ich sie, da sie über den Rahmen dieser Arbeit hinausgehen, besonders, in einer der nächsten Nummern der *Monatshefte*, veröffentlichen werde. An dieser Stelle nur so viel, daſs das Kali den Knorpel mittelst Diffusion durchdringt, dabei durch Ausscheidung der Chondroitinschwefelsäure die Grundsubstanz in tinktorieller wie formeller Hinsicht verwandelt und den zelligen Teil der Knorpelhöhlen, erst freilegend, dann zu einer völligen Auflösung bringt.

Jenseits des Knorpels finden wir entsprechend der einzelnen Zonen, die wir ja auf die andere Ohrfläche übergreifen sahen, dieselben Gewebsveränderungen wie auf der Ätzseite. Unterhalb des Ätzcentrums auch hier Koagulation des Kollagens, Versinterung des Gefäſsinhaltes zu einem formlosen Magma. Auch hier intensiver Zerfall der Bindegewebskerne,

deren Zerfallsprodukte, wenn auch nicht mehr in so eigentümlichen Formen und Gruppierungen, das Gewebe dicht mit Krümeln bedecken. Die Ätzzone, die an ihrem tiefsten Punkte bis an den Grund der Follikel heranreicht, wird dann halbkreisförmig von einer Zone umgeben, die sich wieder durch ihre methylenblaue Färbung von dem Ätzherd abhebt und deren Zellen durch einen aufserordentlich starken Ausfall von, die Umgebung der Zellen wie das Zwischengewebe bedeckenden Granoplasma wie Chromatinkörnchen auszeichnet. Endlich nach aufsen das Gebiet von Stauungshyperämie mit den Zell- und Kernformen, wie sie uns die äufserste Zone auf der Ätzseite beschreiben liefs.

Fassen wir jetzt noch einmal kurz zusammen, was sich als unmittelbarer Effekt der Kaliätzung herausgestellt hat, so zeichnet sich diese durch folgendes aus:

1. Durch eine aufserordentlich starke und schnelle Wirkung, durch die Cutis und den Knorpel hindurch bis in das Bindegewebe der anderen Ohrfläche, und auch seitwärts weit über die Kontaktstelle hinaus.

2. Durch das entzündliche Ödem, das serotaktisch hervorgerufen, gewissermafsen momentan den ganzen Ätzbereich überschwemmt. Das Exsudat scheint von vornherein rein serös zu sein, der Serotaxis schliefst sich aber, wie das gehäuftere Vorkommen von Leukocyten in der Subcutis der Ätzzone zeigt, sehr bald eine Leukotaxis an.

3. Der Ätzherd selbst ist einer Koagulationsnekrose verfallen, die am weitesten in dessen Centrum vorgeschritten ist und nach aufsen in ein Gewebe mit abgeschwächter Kaliwirkung übergeht.

4. Das Exsudat trägt wesentlich dazu bei, einesteils die Diffusion des Kalis nach den Seiten hin zu befördern, andernteils durch seine Auflösung und Verdünnung das Gewebe zum Zerfall, resp. die Eiweifskörper zur Ausscheidung zu bringen.

5. Bei der Einwirkung des Kalis auf das Gewebe werden vor allem die Eiweifskörper aufgelöst. Ein Teil derselben wird an das Kali gebunden, die Alkalialbuminate. Ein anderer Teil wird aus seinen Verbindungen ausgefällt, wohl meistens Nucleoalbumine. Unter den letzteren unterscheiden wir verschiedene, so 1. denjenigen Stoff, der aus dem Protoplasma der Übergangsepithelien austritt und die Körnerhaufen bildet, 2. einen ähnlichen in den Körnerhaufen der Wurzelscheide, der aber hier zu grofsen Tropfen verschmolzen eine dem Hyalin entsprechende Reaktion zeigt, 3. das ausgeschwemmte Granoplasma, 4. das Kernchromatin. Bei dem Kernzerfall fällt neben den bereits früher oft beschriebenen Formen, der Chromatolysis, Chromatotaxis, Chromatorrhexis eine den Kern in toto vernichtende foudroyante Chromatinschmelze auf. 5. Unterschieden von diesen Eiweifskörpern durch seine Färbung wie durch seine Löslichkeitsverhältnisse ist ein methylenroter Stoff, der innerhalb des Ätzherdes in

der Umgebung der Kerne auftritt, endlich 6. einer der sich gegen das Kali als am meisten resistent erweist und bei reichlichem Exsudat als violett gefärbtes ausgelaugtes Stroma von der Zelle allein übrig bleibt. Ein ähnliches faseriges Stroma zeigt sich an den Epithelien der tieferen Follikel, aber mit rein basophiler Färbung, wenn ein stärkerer Exsudatstrom das Granoplasma ausfällend die Zellen in schopfähnliche Massen auflöst.

Die gewonnenen Resultate lassen sich vielleicht in mehrfacher Hinsicht verwerten. In theoretischer Hinsicht giebt nach ihnen das Kali ein vortreffliches Mittel ab, gewisse Eiweifssubstanzen der Zelle zu isolieren und zur Darstellung zu bringen. Inwieweit bei der Ausscheidung dieser Stoffe freilich das Kali allein, inwieweit die Methode, d. h. die Einwirkung des Kalis auf die Zelle in der lebenden Haut das wirksame gewesen ist, das müssen Vergleiche mit an excidierter Haut vorgenommener Ätzung festzustellen suchen. Wie ich bereits in meiner Einleitung hervorgehoben habe, dürfte schon die meines Wissens noch nicht angewendete Methode, zwecks Studium der chemischen Verhältnisse der Zellen und Gewebe, Material in vivo, sei es normales, sei es pathologisches, möglichst rein wirkenden Stoffen, wie dem Kali, auszusetzen nicht wenig Erfolg versprechen und nebenbei durch Gegenüberstellen der Befunde an behandeltem excidierten Material dazu beitragen, die vitalen chemischen Prozesse innerhalb der Gewebe kennen zu lernen.

Aber auch für die praktische Verwendung der Kaliätzung bieten unsere Befunde einige Anhaltspunkte. Ist es erwiesen, dafs bei Kaliätzung das Gewebe weit über die Kontaktstelle hinaus nur dann verätzt und zerstört wird, wenn das Kali eine genügende Auflösung von seiten eines sich nach allen Richtungen ausbreitenden Exsudates erfährt, so müfste sich meiner Meinung nach eine diesem Punkte entsprechende Dosierung ausfindig machen lassen. Wo es gilt, durch die Ätzung eine diffuse Flächenwirkung zu erzielen, wie bei Keratosen etc., wird das Kali immer seine alte Bedeutung behalten und man kann hierbei seine Wirkung noch intensiver machen, wenn man das Kali in genügender Verdünnung oder als stark prozentuierte Paste mit darüber appliziertem feuchten Wattebausch anwendet, wie es schon lange Brauch ist. Man könnte aber auch bei kleineren Geschwülsten etc. daran denken, durch Ätzungen, die nicht die ganze Fläche der Geschwulst, sondern je nach deren Umfange nur einen kleineren oder gröfseren Bezirk ihrer Mitte treffen, eventuell bei unregelmäfsiger Gestalt des Krankheitsherdes durch mehrfaches punktuelles oder strichweises Ätzen einen solchen Modus der Ätzung zu finden, dafs die sich konzentrisch ausbreitenden Exsudatwellen ungefähr nur bis zur Grenze des kranken Gewebes reichen. Freilich wird es, wie am Eingange dieser Arbeit hervorgehoben, wegen des schwankenden Flüssigkeitsgehaltes der Gewebe immer seine Schwierigkeit haben, bei der Touchierung

immer das richtige Maſs zu treffen. Leichter wäre es vielleicht noch, durch Prozeduren vor der Ätzung, etwa Alkoholumschläge, durch Inkorporierung des Kalis in austrocknende Vehikel die Kaliätzung der Fläche und Tiefe nach abzuschwächen, wie ja die Tinctura Kalica wegen ihrer milden Kaliwirkung infolge des korrigierenden Alkoholzusatzes schon lange bekannt ist.

Zum Schlusse ist es mir eine angenehme Pflicht, meinem hochverehrten Lehrer Herrn Dr. UNNA für gütiges Überlassen des Themas wie Förderung bei seiner Bearbeitung, meinen besten Dank auszusprechen.

Aus der Praxis.

Eine seltene Lokalisation des syphilitischen Primäraffekts.

Von

Dr. ALFRED ARNHEIM,
Spezialarzt für Hautkrankheiten in Berlin.

Eine möglichst genaue Sammlung der extragenitalen syphilitischen Infektionen ist zweifellos für die Bekämpfung der Verbreitung dieser Krankheit von ungemein hohem Wert, weil sie einen wesentlichen Beitrag zur Kenntnis der verschiedenartigen Wege der Übertragbarkeit der Syphilis liefert und infolgedessen Fingerzeige für die zu ergreifenden prophylaktischen Maſsnahmen giebt. Wenn auch gleich nach dem epidemischen Auftreten der Syphilis in Neapel die ersten Beobachtungen von zufälliger Übertragung der Krankheit gemacht wurden, so von CASPAR TORELLO (1497), CATANEUS VELLA (1505), WIDMANN (1497) u. a.,[1] so muſs man doch FOURNIER das Verdienst zuschreiben, im Jahre 1881 durch eine sorgfältige Bearbeitung der extragenitalen Syphilis das Interesse darauf gelenkt zu haben, so daſs bald darauf eine Fülle von derartigen Publikationen aus allen Ländern auftauchte und BULKLEY[2] eine wertvolle Sammlung sämtlicher bisher beobachteter extragenitaler Syphilisfälle veröffentlichte, welcher später die Statistiken von BERLINER,[3] KREFTING[4] und MÜNCHHEIMER[5] folgten. Aus den Statistiken geht hervor, daſs die extragenitalen Infektionen ca. 6—7 % der syphilitischen Infektionen über-

[1] Cit. von NEUMANN, Über extragenitale Sklerosen. *Wien. klin. Wochenschr.* 1890.
[2] Ref. im *Intern. Centralbl. f. Laryngologie.* Bd. 12, S. 488.
[3] *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 20, S. 376.
[4] *Archiv f. Derm. u. Syph.* 1894. Bd. XXVI, S. 167—186.
[5] *Archiv f. Derm. u. Syph.* 1897. Bd. XL, S. 208—209.

haupt betragen, jedoch ist die Frequenz sicherlich eine viel höhere, da die Ziffer der verkannten und nicht publizierten Fälle diejenigen der litterarisch verwerteten zweifellos überragt und vor allem der Primäraffekt oft nicht zur ärztlichen Kenntnis gelangt. Ganz gewaltig häufig ist aber die extragenitale Übertragung der Syphilis in Rufsland, wo sie bei der dicht zusammen wohnenden, unkultivierten Bevölkerung 50—60% der Syphilis überhaupt beträgt.

Im folgenden möchte ich nun über einen Fall von extragenitaler Acquisition der Lues berichten, welcher bezüglich der Lokalisation und der Ätiologie aufserordentlich interessant ist und zu mancherlei Erwägungen Veranlassung bietet.

Am 21. April 1902 konsultierte mich ein 22jähriger Student wegen einer Hautaffektion innerhalb der rechten Schnurrbarthälfte. Er gab an, dafs ca. fünf Wochen vorher an der betreffenden Stelle ein „Pickel" entstanden sei, welcher sich im Laufe der nächsten drei Wochen langsam vergröfserte und dem sich bald eine Schwellung der Halsdrüsen hinzugesellte, so dafs er sich entschlofs, einen Arzt zu Rate zu ziehen, welcher ihm eine Salbe verordnete. In der folgenden Woche nun habe die Schwellung der Drüsen rapide zugenommen und es seien dann Schmerzen beim Schlucken und auf der Zunge aufgetreten. Als er sich mir vorstellte, konstatierte ich folgenden Befund: An der rechten Oberlippe innerhalb des Schnurrbartes, nicht die Schleimhaut der Lippe berührendes, ca. fünfpfennigstückgrofses circumscriptes Geschwür mit stark indurierten Rändern, das typische Bild einer Initialsklerose darbietend. Die Submaxillardrüsen waren enorm, bis zu Mannesfaustgröfse geschwollen. Bei der Inspektion der Mundhöhle zeigten sich Plaques an der Schleimhaut beider Wangen, auf dem Zungenrücken und an der Zungenspitze, an beiden Tonsillen eine condylomatöse Angina. Auf Brust und Rücken befand sich ein teils papulöses, teils pustulöses Syphilid und schliefslich papulöse Efflorescenzen auf dem behaarten Kopf in grofser Menge.

Was die Ätiologie der Infektion anbetrifft, so erzählte der junge Mensch, dafs er während der sechs Monate seines Aufenthaltes in Berlin niemals coitiert hat aus Angst vor der Acquisition einer venerischen Erkrankung, dafs er aber ein um so häufigerer Besucher der Damenkneipen und Nachtcafés gewesen sei, und sich in diesen durch die verschiedenartigsten Liebkosungen der Kellnerinnen und Prostituierten schadlos gehalten hatte. Er wufste auch genau, dafs er ca. vier Wochen vor Beginn der Affektion im Schnurrbart von einer Kellnerin geküfst und an der betreffenden Stelle gebissen worden sei. Wenn es auch nicht möglich war, diese Person zu untersuchen und die Syphilis bei ihr festzustellen, so halte ich es doch für zweifellos, dafs auf diese Weise thatsächlich die Infektion zu stande gekommen ist.

Die Lokalisation des Primäraffektes in diesem Falle ist eine aufserordentlich seltene. Der weitaus gröfste Teil der extragenitalen Infektionen kommt an den Stellen vor, an welchen die Haut in die Schleimhaut übergeht, besonders an den Lippen, dann an den Schleimhäuten selbst und an solchen Gegenden der Haut, an denen sich leicht Schrunden und Risse bilden, wie an den Fingern und der weiblichen Mamma. Primäraffekte an anderen Stellen der Haut sind nur ganz vereinzelt beobachtet worden, so führt MÜNCHHEIMER[6] unter 46 Fällen nur je einen an der Stirn und einen am Vorderarm an, und KREFTING[7] unter 539 Fällen nur vier, welche man hierher rechnen kann. Die Diagnose der extragenitalen Syphilis wird leider nur allzu häufig, wie auch in unserem Falle, recht spät gestellt, und doch ist es gerade hierbei aufserordentlich wichtig, durch eine möglichst frühzeitige antisyphilitische Behandlung und Information des Patienten eine so ungemein gefährliche Infektionsquelle unschädlich zu machen. Sicherlich hat FOURNIER Recht, wenn er sagt: „Es ist nicht schwer für den Arzt den extragenitalen Schanker zu erkennen, wenn er daran denkt, wohl aber daran zu denken.“ Aus diesem Grunde ist es wünschenswert, wenn die Aufmerksamkeit der Kollegen, so oft sich nur eine Gelegenheit bietet, auf diesen Punkt gelenkt wird. Was schliefslich die Ätiologie des oben beschriebenen Falles anbetrifft, so liefert er einen recht interessanten Beitrag zum Studium der Prophylaxe der Syphilis. Beinahe so lange man sich mit der Bekämpfung der venerischen Krankheiten beschäftigte, hat man sich fast einzig und allein gegen die Hauptquelle derselben, die Prostitution gewandt, welche man mit den verschiedenartigsten Mitteln schadlos zu machen versuchte. Bedenkt man aber, ein wie kleiner Teil der gesamten Prostitution, besonders in den grofsen Städten überhaupt in den Bereich der Kontrolle gezogen werden kann, und mit wie grofsen Schwierigkeiten selbst diese verknüpft ist, so wird man verstehen, dafs die Resultate bis jetzt recht unbefriedigende gewesen sind. Daher ist man in der letzten Zeit immer mehr zu der Überzeugung gekommen, dafs man die Abwehrmafsregeln auch auf diejenigen ausdehnen mufs, von denen die Nachfrage nach der Prostitution ausgeht, vor allem eine Aufklärung der gesamten Bevölkerung zu erstreben hat. Würden die Gefahren der venerischen Krankheiten und die verschiedenartigen Möglichkeiten der Übertragung allgemein bekannt sein, so würden sicherlich bald viele Unsitten schwinden, welche der Verbreitung so ungemein Vorschub leisten; ich erinnere nur an den von GEBERT[8] berichteten Fall, in welchem die Gewohnheit der arbeitenden Frauen, ihre Kinder während ihrer Beschäftigung in die Betten anderer Familien zu legen, eine ganze

[6] *Archiv f. Derm. u. Syph.* 1897. XL, S. 208–209.
[7] *Archiv f. Derm. u. Syph.* 1894. XXVI, S. 167–186.
[8] Berliner med. Gesellsch. Sitzung vom 12. Febr. 1896.

Endemie extragenitaler Syphilis erzeugt hat, ich erinnere ferner an die aufserordentlich gefährliche Sitte des Trinkens der Rundschoppen auf den studentischen Kneipen und schliefslich an die Sitte, die Kinder unbedenklich von einer Unmenge von Menschen küssen zu lassen, welche durch den Fall von MÜNCHHEIMER[9] illustriert wird, indem die durch Küsse eines luetischen Bekannten herbeigeführte Lippensklerose des Kindes die Infektion der Eltern und dreier Geschwister zur Folge hatte. Auch der junge Student, dessen Krankengeschichte ich oben geschildert habe, der aus Angst vor der Ansteckung sich trotz aller Versuchung vom Coitus ferngehalten hat, hätte sicherlich nie sich die Zärtlichkeiten der Puellae publicae und Kellnerinnen gefallen lassen, wenn er eine Ahnung von der damit verbundenen Gefahr gehabt hätte. So beweist denn auch dieser Fall, dafs die Aufklärung aller Bevölkerungsklassen bei der Bekämpfung der Verbreitung der Geschlechtskrankheiten eine Hauptrolle spielen mufs.

[9] *Archiv f. Derm. u. Syph.* 1897. XL, S. 208.

Korrespondenz.

Zur Behandlung der chronischen Gonorrhoe mit OBERLÄNDERschen Dilatatoren.

Herr Dr. STRAUSS übersendet uns nachstehenden Brief zur Veröffentlichung:

New York, 42 E. 22. Str., 8. August 1902.

Herrn Dr. med. ARTHUR STRAUSS
Barmen.

Sehr geehrter Herr Kollege!

Es war mir sehr interessant, kürzlich in den *Monatsh. f. prakt. Derm.* Ihre Erfahrungen mit den Gummiüberzügen zu OBERLÄNDERS Dilatator und Ihr Urteil über dieselben kennen zu lernen. Wahrscheinlich wird es Ihnen eine gewisse Genugthuung gewähren, zu hören, dafs von anderer Seite die gleiche Beobachtung gemacht und dasselbe Verfahren eingeschlagen wurde. Ich kann durchaus bestätigen, was Sie darüber gesagt haben. Schon 1889 brachte ich ein OBERLÄNDERsches Instrument aus Dresden mit. Nachdem ich dasselbe etwa ein halbes Dutzendmal mit den obligaten Überzügen benutzt hatte, fand ich, dafs mein Vorrat an denselben sehr bald erschöpft, die Neubeschaffung und Erhaltung aber,

abgesehen von den Kosten, wegen der Entfernung höchst umständlich sein würde. Ich versuchte daher den Gebrauch des Dilatators ohne Gummiüberzug, begegnete keinerlei Schwierigkeiten und habe seither nie wieder einen Überzug benutzt. Es ist mir nie passiert, dafs sich die Schleimhaut zwischen die Branchen eingeklemmt hätte; zur Verhütung oder vielmehr zur sofortigen Wahrnehmung einer Einklemmung dürfte es ratsam sein, das Instrument während des Zuschraubens etwas in der Längsrichtung zu bewegen und es gleichzeitig herauszuziehen. Bei eingeklemmter Schleimhaut wird sich dann sofort ein Widerstand fühlbar machen, beziehentlich eine unangenehme oder schmerzliche Empfindung, die den Arzt aufmerksam macht, ehe er Schaden anstiften kann. Selbstverständlich bedarf es einiger Vorsicht und namentlich einiger Erfahrung mit dem Einführen von Instrumenten in die Harnröhre, und wer diese nicht besitzt, sollte überhaupt die Dilatatoren nicht anwenden.

Sollte Ihnen die Veröffentlichung dieser Mitteilung von genügendem Interesse scheinen, so steht sie Ihnen völlig zur freien Verfügung.

Mit kollegialischer Hochachtung und Gruſs

Ihr

Dr. med. Hermann G. Klotz.

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1902. Band 61, Heft 2 und 3.

I. **Über Keratosis universalis congenita,** von J. Neumann-Wien. Ein im 8. Schwangerschaftsmonate geborenes, 42 Centimeter langes, 2860 Gramm schweres Kind starb, da Nahrungsaufnahme wegen grofser Lebensschwäche und mehrerer Bildungsfehler des Mundes und Rachens unmöglich war, kurze Zeit nach der Geburt. Abgesehen von den zahlreichen Defekten und Hemmungsbildungen präsentierte sich dem Beschauer die auffälligste Veränderung an der allgemeinen Hautdecke, deren ganze Oberfläche mit dicken, gelblichweifsen, hornartigen Epidermismassen wie mit einem Schuppenpanzer bedeckt erscheint. Die gröfsten band- und schildförmigen Epidermismassen finden sich an Brust und Bauch, ziemlich grofse an den Nates und an den unteren Extremitäten, kleinere lanzettförmige oder polygonale am Gesicht, Hals und in der Schenkelbeuge. Die Hautplatten sind durch ziemlich regelmäfsig angeordnete, die Epidermis vollständig durchtrennende Fissuren von einander geschieden, derart, dafs die tieferen Hautschichten in Form nässender, grellroter Streifen zu Tage liegen. Die Fissuren haben am Rumpfe eine cirkuläre, in den Axillen und am Kopfe eine radiäre, an den unteren Extremitäten eine longitudinale Richtung.

Dem klinischen Bilde nach handelt es sich um „die als Ichthyosis foetalis oder intrauterina oder congenita, als Keratosis congenita universalis, Keratosis diffusa epi-

dermica intrauterina bezeichnete Affektion der Haut und gleichzeitige Mifsbildung der häutigen Gebilde aller Sinnesorgane".

Der Verfasser wirft einen kritischen Rückblick auf die einschlägige Litteratur und teilt die mikroskopischen Befunde im vorliegenden Falle mit.

Das Stratum corneum zeigt die weitgehendsten Veränderungen. Es ist excessiv verbreitert, ähnlich wie beim Clavus. Nirgends begegnet man in der Hornschicht tingiblen Kernen. Es handelt sich also hier um eine reine Hyperkeratose. Die Keratohyalinschicht scheint vollkommen zu fehlen. Das Stratum Malpighii ist bedeutend verschmälert. Es finden sich nur wenige Lagen von Stachelzellen. Eine Basalmembran läfst sich nur schwer differenzieren. Die Papillen sind flacher als gewöhnlich, ihr Blutreichtum auffallend grofs. Die elastischen Fasern sind überall gut ausgebildet. Die Schweifsdrüsen, Talgdrüsen, das Bindegewebe der Subcutis erscheinen normal.

Die histologischen Befunde bieten keine Anhaltspunkte für eine Erklärung der excessiven Bildung der hornigen Elemente in der Haut. Wohl kann man sich die Entstehung der Risse dadurch erklären, dafs die unnachgiebige, spröde Epidermis sich dem nach allen Dimensionen wachsenden Körper nicht entsprechend auszudehnen vermag, stark gespannt wird und einreifst. Nach der Geburt, wo die Haut nicht mehr von Amnionflüssigkeit umspült wird und durch Austrocknung an der Luft noch den letzten Grad von Geschmeidigkeit verliert, den sie im intrauterinen Leben besessen, ist die Möglichkeit für die Entstehung der Risse noch leichter gegeben.

Bezüglich der Ätiologie der Hyperplasie der Epidermis steht man heute noch auf demselben Fleck, auf dem Lebert vor 40 Jahren gestanden hat. Sie ist heute so unbekannt, wie damals.

II. **Über „kolloide Degeneration" der Haut, speziell im Granulations- und Narbengewebe,** von F. Juliusberg-Baden-Baden. Verfasser hatte während seiner Thätigkeit als Volontärassistent an der Berner dermatologischen Klinik im Jahre 1898 Gelegenheit, zwei Fälle zu beobachten, welche durch eine eigenartige, gelbe Hautfarbe an die kolloide Degeneration der Haut erinnerten, jedoch auch manche Abweichungen von dieser Affektion aufwiesen. Ein dritter hierher gehöriger Fall gelangte in der Breslauer dermatologischen Klinik zur Beobachtung.

Der erste Fall betraf eine 58jährige Frau mit einem tubero-serpiginösen Syphilid auf dem Nacken. Gleichzeitig zeigte sie auf der linken Seite des Halses nach vorn vom Musculus sternocleido-mastoideus eine unregelmäfsige, ungefähr dreimarkstückgrofse, scharf gegen die Umgebung abgegrenzte Plaque, die teils aus isolierten, teils konfluierten weifsgelblichen, schwach erhabenen, etwas festen Flecken bestand.

Die Patientin wufste über den Beginn und den Verlauf dieser Affektion nichts zu sagen.

Die histologische Untersuchung ergab in allen drei Fällen das Gemeinsame, dafs die eigentümlich helle bis intensiv gelbliche Färbung der Haut weder auf Pigmentierung, noch auf Einlagerung der Zellmassen, wie beim Xanthom, zurückgeführt werden konnte. Bei aller Ähnlichkeit der Farbe mit der des Kolloidmiliums und den strukturellen und tinktoriellen Veränderungen, besonders des elastischen Gewebes, wie sie auch das Kolloidmilium aufweist, war doch die Lokalisation eine ganz andere, die Ausdehnung der einzelnen Krankheitsherde eine viel beträchtlichere als beim Kolloidmilium.

In zwei der drei beschriebenen Fälle war die Verfärbung zweifellos im Anschlufs an einen Granulationsprozefs resp. an eine Narbenbildung aufgetreten. Jadassohn hat seitdem eine ganze Reihe analoger Beobachtungen gemacht.

Verfasser glaubt auf Grund des bisherigen Materials schon jetzt mit gröfster Wahrscheinlichkeit behaupten zu können, „dafs eine eigenartige, von der mehr bräunlichen Pigmentfarbe verschiedene gelbliche, etwas durchscheinende Verfärbung speziell narbiger oder narbenähnlicher Hautstellen auf eine eigentümliche Degeneration der Cutis schliefsen läfst".

Verfasser bespricht die Differentialdiagnose, für welche das Colloidoma miliare und das Pseudo-Xanthoma elasticum in Betracht kommen, und erörtert dann die Frage, welcher Platz und welcher Name den beschriebenen Veränderungen gegeben werden solle. Zweifellos gehören sie zu den Degenerationen resp. Atrophien der Haut und müssen bei ihren nahen Beziehungen zur senilen Atrophie naturgemäfs bei dieser ihren Platz finden, ebenso wie die beiden anderen, klinisch durch ihre eigentümliche weifsgelbe bis gelbbräunliche, etwas durchscheinende Farbe charakterisierten Affektionen, nämlich die miliare kolloide Degeneration der Haut (Colloidoma miliare) und das Pseudo-Xanthoma elasticum. Bei allen dreien machen die degenerativen Veränderungen der elastischen und wohl auch der kollagenen Fasern das Wesentlichste des pathologischen Prozesses aus.

Die vom Verfasser beschriebene Affektion könnte provisorisch die Bezeichnung „kolloide Degeneration im Granulations- und Narbengewebe" führen.

Inwieweit die drei Affektionen zu einander in Beziehung stehen, werden weitere Untersuchungen lehren müssen.

III. **Beitrag zum Studium des Glycogens in der Haut bei Hauterkrankungen,** von P. L. Bosellini-Bologna. Glycogen, ein Kohlenwasserstoff, kommt bekanntlich in allen Geweben vor und zwar in kleineren oder gröfseren Mengen, je nachdem die Gewebe sich in einem physiologischen oder pathologischen Zustande von mehr oder weniger erhöhter Thätigkeit befinden. So enthalten, wie Bernard nachwies, alle Gewebe während des ganzen fötalen Lebens physiologischerweise Glycogen in reichlicher Menge.

Pathologischerweise findet sich dasselbe unter anderem auch in den Geweben, welche im Zustande der Vermehrung und Überernährung begriffen sind, so z. B. in Neoplasmen jeglicher Art, wenn sie sich im Stadium der Entwickelung befinden.

Das Material zur Bildung des Glycogens stammt aus den Kohlenwasserstoffen der Nahrung; beim Stoffwechsel entsteht es durch katabolische und anabolische Prozesse auch aus den Fetten und den Proteinstoffen der Gewebe.

Verfasser hat nun untersucht, wie sich das Glycogen bei Hautkrankheiten verhalte, inwieweit die Zu- oder Abnahme desselben von der lokalen Ernährung der Haut, sowie auch vom allgemeinen Ernährungszustande abhänge.

Er hat gefunden, dafs, während das Glycogen in der normalen Haut nicht vorhanden ist, es sich in wechselnder Menge bei verschiedenen pathologischen Zuständen vorfindet.

Bei allen entzündlichen Prozessen enthält die Epidermis im allgemeinen nur sehr wenig Glycogen; doch kommen selbst bei Affektionen, die derselben Gruppe angehören, grofse Verschiedenheiten vor, z. B. bei der Pityriasis rubra und dem Eczema rubrum. Bei beiden handelt es sich um Parakeratosen, bei beiden finden wir bedeutende kleinzellige Infiltration und einen Kongestivzustand im Derma. Und doch war bei jener das Glycogen sehr reichlich in der Epidermis vorhanden, bei dieser aber gar nicht. Ebenso fehlte es beim Lichen, beim Lupus, während es in der Epidermis der hypertrophischen syphilitischen Papel und der Boubas sich vorfand. Die Spezifität der Erkrankung scheint in jedem einzelnen Falle einen gröfseren Einfluss auszuüben, als allgemeine pathologische Verhältnisse, wie die Überernährung.

In den Haartalgfollikeln und Schweifsdrüsen fehlte das Glycogen beim Lichen, beim Lupus. Sonst war dasselbe in reicher Menge konstant in den Schweifsdrüsen nachweisbar, und zwar in dem sekretorischen Teile derselben, jedoch nicht in allen Zellen des Drüsenknäuels, sondern nur in einigen. In diesen letzteren nimmt es dann in Form von Schollen die dem Drüsenlumen zugekehrte Hälfte der Zellen ein. — Verfasser glaubt, dafs bei Untersuchungen der chemischen Zusammensetzung des Schweifses auch die abnorme Glycogenbildung berücksichtigt werden müsse.

IV. **Zur Histopathologie der venerischen Bartholinitis**, von G. Nobl-Wien. (Schluſs.) Aus den sehr eingehend beschriebenen Gewebsveränderungen leitet Verfasser für die histo-bakteriologische Kennzeichnung der blennorrhoischen Bartholinitis und ihrer Komplikationen folgende allgemeine Charaktere ab:

1. Der spezifische Entzündungsprozefs gelangt in herdförmiger Ausbreitung längs des Hauptausführungsganges, der ampullenförmigen Erweiterung und den Sammelkanälen höherer Ordnung zur Entwickelung, ohne auf das secernierende Drüsenparenchym überzugreifen.

2. Der akute Katarrh führt im Gangsysteme bis zu den tertiären Ausführungskanälchen zu einer Abstofsung, Regeneration und Proliferation des vom Exsudat durchsetzten Epithelbesatzes und bedingt infiltrative Veränderungen in den aufgelockerten Wänden und ödematösen, perikanalikulären Bindegewebslagen.

3. Aus der regen Desquamation des dicht von entzündlichen Rundzellen durchsetzten, cylindrischen und kubischen Gangepithels resultieren bis an die infiltrierten Wandmembranen reichende Defekte des Deckbelages, während die intensive Proliferation der niedrigen Ersatzzellen eine bedeutende Verbreiterung des ungleichmäfsig aufgeschichteten regenerierten Epithelsaumes im Gefolge hat.

4. Die stets vom subepithelialen Kapillarnetz ausgehende Wandinfiltration ist in diffuser, die Gänge cirkulär umsäumender Anordnung und in Form cirkumskripter, knotiger Herde anzutreffen, welch letztere unter Substituierung des Grundgewebes aus den perikanalikulären Zellschichten bis an die Lichtung der Ausführungsgänge vordringen.

5. Von den perikanalikulären Infiltrationssäumen pflegt nach wiederholten Infektionsattacken die entzündliche Rund- und Eiterzellendurchsetzung auf das die Gänge umspinnende, weitmaschige Bindegewebe und von hier aus auf das Stroma des Drüsenkörpers überzugreifen.

6. Die in den feineren Ramifikationen des Ausführungsganges häufig verfolgbaren Pseudoabscesse stellen Retentionsformen dar, welche durch Stauung des in verlegten Gangsegmenten zurückgehaltenen Sekretes zu stande kommen. Für den temporären und auch stationären Gangverschluſs sind in der Verlötung der mächtig gewucherten, zapfenförmig vorspringenden Epithelsäume, sowie in der vielfachen Abknickung der verbreiterten, infiltrierten Wandleisten die geeigneten Bedingungen gegeben.

7. Die Polymorphie des Krankheitsbildes wird durch Einschmelzung der perikanalikulären und interstitiellen umschriebenen Infektionsherde erhöht. Diese als echte Abscesse zu deutenden, miliaren und gröfseren Zerfallsherde gelangen meist längs der distalen Hälfte des Ductus communis und den weitkalibrigen Verzweigungen desselben zur Entwickelung und pflegen in die Lichtung der Ausführungsgänge durchzubrechen.

8. Die Gonokokkeninvasion ist auf die epitheliale Auskleidung der Ausführungsgänge beschränkt, ohne in den tieferen infiltrierten Mantelzonen und perikanalikulären Zellherden nachweisbar zu sein. Die typisch geformten und gruppierten Keime sind in Leukocyten eingeschlossen und als freie Züge in breiten Lücken der superfiziellen Zelllagen des Gangepithels anzutreffen, von wo aus dieselben bei gröfseren Epithel-

defekten bis an die infiltrierten Wandsegmente dringen. Aufserdem weisen auch die Säume in Loslösung begriffener Deckzellen einen Gonokokkenbesatz auf.

9. Das secernierende Epithel der Drüsenbläschen scheint der Gonokokkeninfektion gegenüber eine absolute Immunität zu besitzen. Selbst bei fortgeschrittener Infiltration des intraglandulären Zellgewebes und stärkerer Rundzellendurchsetzung der Follikelwände sind die Mikroorganismen in den festgefügten Becherzellauskleidungen der Acini stets zu missen.

10. Die Kennzeichnung der chronischen Alteration sind im Bereiche des gemeinsamen Ausführungsganges und seiner Verzweigungen, in durchgreifender Metaplasie des massig gewucherten Ersatzepithels, sowie in beginnender Organisation der perikanalikulären Granulationssäume gegeben. Das interstitielle Bindegewebe der Gangverzweigungen, gleichwie das Stroma des Drüsenkörpers tendieren zur Hyperplasie und konsekutiven Schrumpfung, woraus regionäre Gang- und Parenchymatrophien resultieren. Abscedierungen perikanalikulärer und interstitieller, von reaktiven Granulationswällen umgebene Infiltrate zählen auch zu den Komplikationen des chronischen Prozefses.

11. Eine häufige Ausgangsform der chronischen Blennorrhoe bilden die in den distalen Gangsegmenten etablierten cystischen Retentionsgeschwülste. Der cystoiden Entartung wird durch die zu Obliteration führende Wucherung des Epithelbelages im Ausführungsgang-Ende Vorschub geleistet.

12. Vorangegangene blennorrhoische Infektionsattacken präparieren in der Textur der Drüse den Boden für sekundäre Ansiedelung pyogener Mikroorganismen.

V. **Über Acrodermatitis chronica atrophicans**, von Karl Herxheimer und Kuno Hartmann-Frankfurt a. M. (Schlufs.) Aus der Beschreibung der Krankheitsfälle ergiebt sich, dafs die Affektion im Beginn charakterisiert ist durch eine Röte der Haut mit Infiltratbildung. Dieselbe stellt das entzündliche Stadium des Prozefses dar. Im weiteren Verlaufe entwickelt sich hieraus sekundär die Atrophie, ähnlich wie bei gewissen Formen von Lues, beim Lupus erythematosus discoides etc. Mit Vorliebe nimmt die Krankheit ihren Anfang an den Extremitäten Enden namentlich der oberen Extremitäten, schreitet fast immer an den Streckseiten entlang centralwärts.

Der ganze Verlauf ist ein ungemein torpider.

Weder das Alter, noch das Geschlecht, noch die Beschäftigung der Patienten scheint bei der Entstehung der Affektion eine ursächliche Rolle zu spielen.

Im folgenden wird das klinische Bild der beschriebenen Fälle mit denen in der Litteratur publizierten verglichen; ebenso die histologischen Befunde.

Während die Ätiologie dunkel ist, scheint die Pathogenese etwas klarer zu sein. „Alle Gewebsschädigungen sind wohl mit Sicherheit auf die Zellinfiltrate im Corium zurückzuführen. In den ersten Stadien der Krankheit finden wir die Infiltrate vornehmlich in Herden- oder Streifenform, aufserdem haben sie auffallend viel ihren Sitz um die ebenfalls entzündlich veränderten Gefäfse.“ Man geht deshalb nicht fehl, wenn man annimmt, dafs hier die allerersten Veränderungen entstehen.

Die Verfasser besprechen an der Hand der einschlägigen Litteratur die Differentialdiagnose und stellen am Schlusse der Arbeit ihre eigenen Fälle und die in der Litteratur veröffentlichten tabellarisch zusammen.

VI. **Über den Verbrennungstod**, von St. Weidenfeld. (Schlufs.) In dem klinischen Teile der Arbeit werden besprochen:

A. Die allgemeine Symptomatologie (Somnolenz, Durst, Trübung des Bewufstseins, Hallucinationen, Erbrechen, Fieber etc.).

B. Die lokalen Symptome (in Frankreich nach Dupuytren in sechs Grade unterschieden: 1. Rötung; 2. Blasenbildung; 3. oberflächliche Gangrän der Haut; 4. Gangrän der Haut in ihrer ganzen Dicke; 5. Gangrän der Weichteile bis auf die Knochen; 6. vollständige Gangrän der betroffenen Teile).

Hierauf wird der Versuch gemacht, unter eingehender Berücksichtigung der einschlägigen Litteratur und der in derselben aufgestellten Theorien, den Symptomenkomplex zu erklären. Die Untersuchungen des Verfassers waren darauf gerichtet, festzustellen, ob die verbrannte Haut als solche giftig wirkt, und ob in ihr durch die Verbrennung Gifte entstehen, die bei ihrer Resorption die schweren Erscheinungen der Verbrannten und auch den Tod nach sich ziehen können.

Aus den Resultaten seiner an Tieren vorgenommenen experimentellen Versuche zieht Verfasser den Schluſs, daſs für die Mehrzahl der Fälle eine Intoxikation mit einer giftigen Substanz, die bei der Verbrennung entsteht, an erster Stelle für den Eintritt des Verbrennungstodes verantwortlich zu machen sei, daſs aber auch der Nervenchoc, die durch die Hitze direkt gesetzten Blutveränderungen, der Serumverlust nicht zu unterschätzende Schädigungen und, je nach dem Grade ihres Auftretens, vielleicht auch prävalierende Todesursachen sein können.

Für die Annahme einer Intoxikation spricht auch die schon früher hervorgehobene Thatsache, daſs der Verbrennungstod von der Gröſse der verbrannten Hautoberfläche abhängt.

VII. **Studien über endemische und hereditäre Syphilis**, von E. von Düring-Konstantinopel. (Schluss.) Im vorliegenden Abschnitte seiner auſserordentlich instruktiven Arbeit behandelt Verfasser die hereditäre Syphilis. Er erörtert, gestützt auf seine Massenbeobachtungen in einer nahezu völlig durchseuchten Provinz, die verschiedenen, die Vererbung der Syphilis betreffenden Fragen, so das Collessche Gesetz; das Profetasche Gesetz, den Choc en retour, die Syphilis hereditaria tarda, den Tertiarismus d'emblée. Hinsichtlich des Collesschen Gesetzes herrscht unter den Autoren allgemeine Übereinstimmung. „Eine Frau, die von ihrem syphilitischen Manne nicht infiziert worden ist und einem mit manifester Syphilis behafteten Kind das Leben gegeben hat, ist gegen Syphilis immun.“

Auf Grund seiner Erfahrungen tritt der Verfasser auch energisch ein für die Thatsächlichkeit 1. der Syphilis hereditaria tarda (Kinder mit ererbter Syphilis können in der Jugend von syphilitischen Erscheinungen frei geblieben sein und erst später, besonders um die Pubertätszeit herum, ohne vorgängige Anzeichen von Frühsyphilis spätsyphilitische, tertiäre Symptome darbieten); 2. des Tertiarismus d'emblée (spätsyphilitische Erkrankung von Müttern, die nach dem Collesschen Gesetze ursprünglich immun waren); 3. der Syphilis par conception oder des Choc en retour (Infektion der Mutter durch den Fötus ohne unmittelbare Ansteckung durch den Mann).

Dagegen haben sehr sorgfältige Untersuchungen von nicht weniger als 20000 Kindern in schwer durchseuchten Gegenden dem Verfasser die Überzeugung beigebracht, daſs der Wert des Profetaschen Gesetzes oder dessen, was man seit Diday als Profetasches Gesetz ansieht (Immunität eines gesundgeborenen Kindes einer syphilitischen Mutter), gleich Null ist. In den genau geführten Listen des Verfassers finden sich mehr als hundert Aufzeichnungen über Fälle ganz frischer Syphilis bei Kindern, deren Eltern unanfechtbar vor der Ehe Lues acquiriert hatten. Bei neun Kindern mit Anzeichen von unzweifelhaft abgelaufener tertiärer Syphilis konnten frische Infektionen nachgewiesen werden. Es lag hier also mindestens Reinfektion vor.

Aus den Beobachtungen des Verfassers geht klar hervor, daſs von irgend welcher Immunität der Kinder syphilitischer Eltern im Sinne des Diday-Profetaschen Gesetzes

sicher wenige Jahre nach der Geburt in keiner Weise die Rede sein kann. Gesundgeborene Kinder postconceptionell infizierter Mütter sind nicht immun; sie bleiben nur gesund, so lange sich für sie keine Ansteckungsgelegenheit bietet. Demnach können im Sinne Profetas gesunde Kinder von syphilitischen Müttern gesäugt werden, wenn diese keine syphilitischen Produkte an der Brustwarze tragen. —

Von grossem Interesse ist die Frage nach der hereditären Syphilis in der dritten Generation.

Dafs sie möglich ist, bezweifelt Verfasser nicht, hält aber den unumstöfslichen Beweis dafür zu erbringen, für sehr schwer.

Fest stehen zwei klinische Thatsachen:

1. Personen mit tertiären Symptomen acquirierter Syphilis zeugen gar nicht selten Kinder mit typischer Hereditärsyphilis.

2. Die hereditäre Syphilis tritt bis zum 20. Lebensjahre durchaus nicht selten mit Recidiven in die Erscheinung.

Wenn der Verfasser auf der einen Seite die Möglichkeit einer Syphilis in der dritten Generation zugiebt, so warnt er doch auf der anderen Seite davor, aus den banalsten pathologischen Erscheinungen degenerativer Art, die nichts Spezifisches an sich haben, z. B. aus Mifsbildungen Rückschlüsse auf die Syphilis der Grofseltern zu machen. Sein Massenmaterial, über das er verfügte, hat ihn gelehrt, die eigentlichen hereditärsyphilitischen Veränderungen von anderen, die mit der Syphilis direkt nichts zu thun haben, wohl zu unterscheiden.

Er verwirft gegenüber französischen Autoren namentlich den Begriff der „Parasyphilis". „Es giebt syphilitische und nicht syphilitische Erkrankungen. Wenn Alkoholismus, Tuberkulose, unzweckmässige Ernährung, Elend, Not, akute Kinderkrankheiten dieselben Folgen haben können, wie die Syphilis, so berechtigt uns nichts, diese Folgen einmal als parasyphilitische zu bezeichnen, ein anderes Mal als „dystrophische im allgemeinen" in einer besonderen Abteilung unterzubringen. Noch viel weniger geht es an, das Vorhandensein dieser dystrophischen Zustände rückschliefsend zur Annahme einer Syphilis der Erzeuger heranzuziehen." Vielmehr geht bezüglich der Folgen der Heredosyphilis die Ansicht des Verfassers dahin, „dafs in den Fällen, in denen die Kinder nicht in der ersten Jugend zu Grunde gehen, die Krankheit ganz und vollkommen zur Ausheilung kommt; dafs überall da, wo die Kinder skrophulös, ekzematös waren, andere Faktoren mitsprachen, wie schlechte Ernährung, Armut, die mindestens ebensoviel anzuschuldigen waren, wie die Syphilis. Aufser den Residuen der abgelaufenen Prozesse hinterläfst in der Mehrzahl der Fälle die Heredosyphilis keine Folgen." Ganz und gar zu streichen aus der Ätiologie der Syphilis sind die „Anomalies, Malformations, monstruosités" und vieles andere, das einige Schüler Fourniers, so besonders Jullien als „Stigmates dystrophiques" der Nachkommen von Syphilitikern bezeichnen.

Auf Grund seines Materials zeigt uns nun der Verfasser, was er selbst als hereditärsyphilitische Erscheinungen ansieht.

Am häufigsten, wenn man die Erscheinungen der Congenitalsyphilis etwa in den ersten zwei Lebensjahren ausschliefst und hauptsächlich die späteren berücksichtigt: Contagiöse, wie gummöse Erkrankungen der Mund- und Rachenhöhle. Fast ein Drittel der hereditärsyphilitischen Kinder zeigte mehr oder weniger ausgedehnte Zerstörungen des harten und weichen Gaumens, der Gaumenbögen, des Pharynx. Die papulösen Erkrankungen der Mundschleimhaut sind ebenfalls sehr häufig. Nur zeigen diese Papeln nicht die Tendenz zu mächtiger Wucherung und kolossaler Ausbreitung, wie die Papeln der Mundschleimhaut bei Kindern mit acquirierter Syphilis. Erkrankungen der Schädel- und Gesichtsknochen, der langen Röhrenknochen, des Thorax

sind die nächst häufigsten, wenn auch nicht gerade charakteristischsten Erscheinungen der Heredosyphilis. Als nahezu untrügliche Zeichen derselben sind anzusehen: die radiären Narben an der Lippe; die Hutchinsonschen Zähne; die oberflächliche, diffuse, interstielle, sklerosierende Glossitis; die interstitielle Keratitis; der Infantilismus und Nanismus, auffallendes Zurückbleiben in der Entwickelung. Weniger charakteristisch, aber häufig sind Gelenkerkrankungen.

Verfasser will in einer ausführlicheren Monographie sich eingehender mit den Folgen der Heredosyphilis beschäftigen. *C. Berliner-Aachen.*

The British Journal of Dermatology.

Band 14. Juni 1902.

I. **Nekrose der Haut in Verbindung mit Cirkulationsstörungen**, von James Galloway-London. Die 26jährige, verheiratete Frau bekam im Alter von 15 Jahren Schwellung und bläulichrote Verfärbung des Gesichts, die damals auf die Kälte zurückgeführt und mit Salben, jedoch ohne wesentlichen Erfolg, behandelt wurde. Als die Patientin 17 Jahre alt war, litt sie viel an Ohnmachtsanfällen, Kopfschmerzen, Neuralgie. Um dieselbe Zeit begann die Kopfhaut sich stark abzuschuppen, das Haar auszufallen.

Gegenwärtig ist die Patientin scheinbar sehr fett, die Lippen sind aufgeworfen, die Augen erscheinen wegen der Schwellung der Umgebung sehr klein. Die Haut ist am ganzen Körper dunkel- bis bläulichrot und ödematös geschwollen. Auf Druck bleiben Vertiefungen sichtbar.

Die Untersuchung des Herzens ergiebt keine Klappenfehler, jedoch den Zustand der Tachycardie. Der Puls zeigt zumeist eine Höhe von 140 Schlägen, deren Zahl auf 100 zurückgeht, wenn die Patientin im Bett liegt. Der Urin hatte ein hohes spezifisches Gewicht, war jedoch frei von Eiweifs und Zucker. Die Zahl der roten wie der weifsen Blutkörperchen war enorm vermehrt.

Während des Aufenthaltes der Patientin im Hospital besserte sich deren Zustand infolge ihrer eigenen Nachlässigkeit nicht, vielmehr entwickelten sich an verschiedenen Körperstellen seborrhoische Plaques. Die Haut zeigte sich empfindlicher als je zuvor. Als die Patientin das Hospital verlassen hatte, verletzte sie sich bald darauf an einer scharfen Stuhlkante das Schienbein. Es bildete sich wenige Tage später ein nekrotischer Schorf, der abfiel und ein rundes, tiefes Geschwür hinterliefs. Dasselbe zeigte einen mit blassen, ödematösen Granulationen bedeckten Grund. Nahezu vier Monate verstrichen, ehe das Geschwür unter Hinterlassung einer blafsroten, vertieften Narbe völlig abgeheilt war. Seit der Zeit bekam die Patientin an den Beinen wiederholentlich ebensolche Geschwüre, die eine aufserordentlich langsame Heilungstendenz zeigten.

Der Verfasser bespricht an der Hand der einschlägigen Litteratur die Differentialdiagnose und die Pathogenese der Affektion.

II. **Eine ungewöhnliche, oberflächliche Dermatitis, die im Verlaufe eines Typhus auftrat und einige Ähnlichkeit mit Psoriasis rupioides zeigte**, von H. D. Rolleston und J. W. Mercer. Eine 28jährige, gravide Frau erkrankte am 26. Januar 1902 an Typhus. Am Ende der zweiten Krankheitswoche bekam sie einen lediglich auf das Abdomen beschränkten Ausschlag, der charakterisiert war durch eigentümliche, rundliche oder ovale Plaques, die an seborrhoisches Ekzem erinnerten. Es entwickelten sich in den nächsten Tagen etwa 20 ähnliche Efflorescenzen, und zwar in der Weise, dafs zuerst erythematöse Flecke zum Vorschein kamen, auf denen

sich gelblichbraune, fettige, schwach schuppende, rupiaähnliche Plaques bildeten. Die bakteriologische Untersuchung ergab den Staphylococcus albus, aber keine Typhusbacillen. Im weiteren Verlaufe heilten die Plaques im Centrum ab, während der erythematöse Rand sich verbreiterte, abblafste und mit benachbarten Plaques konfluierte. — Die Patientin genas von ihrem Typhus, und unter Arsenik verschwand schliefslich auch der Ausschlag.

Juli 1902.

I. **Die Geschichte des Ekzems in England im verflossenen Jahrhundert**, von P. G. Unna. Vortrag, gehalten auf der Jahresversammlung und dem Kongrefs der Dermatologischen Gesellschaft von Grofsbritannien und Irland, Mai 1902. Man kann sich heute nur schwer eine Vorstellung davon machen, dafs es eine Zeit gegeben habe, wo das Ekzem in der Diagnose der Hautkrankheiten nicht nur keine Rolle gespielt, sondern thatsächlich nicht existiert hat. Kaum hundert Jahre zurück sucht man in der ins Deutsche übersetzten Dermopathologie von Henry Jackson vergeblich nach so einem Ding, wie Ekzem. Erst Robert Willan, der eigentliche Begründer der wissenschaftlichen Dermatologie, und sein Schüler Thomas Bateman erwähnen in ihrem grofsen Werke (1798—1815) das Ekzem, allerdings in einer Gruppe zusammen mit Varicella, Vaccinia, Rupia, Miliaria, Aphthae und Herpes und geben ihm eine Definition, die dem modernen Dermatologen ganz seltsam klingen mufs. Der erste, welcher sich unseren heutigen Anschauungen vom Ekzem am meisten näherte, war der Franzose Rayer. Er spricht schon von einem Ekzem, das einen akuten und einen chronischen Verlauf nimmt, das sich bei Kindern mit besonderer Vorliebe im Gesichte und auf den behaarten Teilen des Kopfes lokalisiert. Während Willan das Ekzem eine traumatische, nicht infektiöse, vesikulöse Affektion war, für welche namentlich der Sonnenbrand und die merkurielle Dermatitis (Hydrargyria) Paradigmata bildeten, sah Rayer unser Ekzem als eine chronische, nichttraumatische, bisweilen vesikulöse, zuweilen trockene Hautkrankheit an. Er schuf die Bezeichnung Impetigo-Porrigo-Ekzema. Sein akutes Ekzem war aber nichts anderes, als Willans traumatische Dermatitis. In den nächsten Decennien neigen die Autoren in ihren Ekzembeschreibungen bald mehr zu Willan, bald mehr zu Rayer hin.

Einen grofsen Fortschritt machte die Ekzemfrage in Frankreich durch Devergie, welcher konsequenter und logischer, als Rayer es gethan hatte, die Trennung unseres Ekzems von der traumatischen Dermatitis Willans durchführte und der Krankheit einige neue, wesentliche Merkmale hinzufügte: Röte der Haut, intensives Jucken, Sekretion, welche die Wäsche grau färbt und steif macht, und den État ponctué, i. e. feine Öffnungen in der Haut, durch welche Serum ausfliefst. Die Bläschenefflorescenzen sind nicht konstant und deshalb für das Ekzem nicht charakteristisch.

Wenn man von der Schuppenbildung und Verdickung der Epidermis absieht, so hat vor 50 Jahren Devergie unser Ekzem ziemlich genau beschrieben. Der Erfolg war an erster Stelle der, dafs man das Ekzem für eine sehr häufige, weit verbreitete und hartnäckige Krankheit ansah. — Nach Devergie vermindert sich rapide die Anhängerschaft Willans zu Gunsten derjenigen Rayers. Aus den Lehrbüchern verschwindet Willans Auffassung des Ekzems, lediglich als einer traumatischen Entzündung, wie sie das Eczema mercuriale darstellte.

Ganz ausgemerzt aus der Ekzemgruppe wurde die traumatische Entzündung noch lange nicht. Erasmus Wilson unterschied immer noch ein Ekzema simplex, rubrum, mercuriale und impetiginodes. Er beobachtet aber schon trockene Ekzeme, die durch allmählichen Übergang aus feuchten Formen sich entwickeln können, und gewisse Ekzemformen, welche durch Hypertrophie der Epidermis ausgezeichnet sind.

E. Wilson hat die erste gute, moderne Definition vom Ekzem gegeben: „Ekzema

ist eine chronische Entzündung der Haut, verbunden mit Schuppung, Exsudation und Jucken." Von Bedeutung ist in Wilsons Lehrbuch auch die Bemerkung, dafs sich aus der akuten Form des Ekzems, wenn dasselbe heftig auftritt oder schlecht behandelt wird, die chronische Form entwickeln kann.

Wilson und mit ihm eine grofse Zahl hervorragender englischer Autoren standen ganz unter dem Einflusse Hebras, der zwar Devergies Fortschritte in der Ekzemfrage acceptierte und das französische Dogma von der Ekzemdiathese heftig bekämpfte, aber verleitet durch unzureichende, experimentelle Untersuchungen mit Crotonöl und anderen starken Hautirritamenten, wieder die traumatische Dermatitis in das Ekzemkapitel einführte. Wilson war diesem Beispiele anfangs gefolgt, befreite sich jedoch später nach langjährigen eigenen Erfahrungen schliefslich von Willan und hielt mit Devergie daran fest, dafs die Vesikel ein accidentelles, inkonstantes, nicht wesentlich charakteristisches Merkmal des Ekzems sei. „Das erste Anzeichen eines Ekzems", sagt Wilson, „ist bisweilen nur eine blofse Trockenheit und Exfoliation der Haut."

McCall Anderson war der erste, welcher den Mut hatte, nachdem Hebra und Wilson schon die Abschuppung als ein Initialsymptom des Ekzems erkannt hatten, zu erklären, dafs das trockene Stadium mit Hyperämie und Abschuppung die Krankheit einleitet. Er hat somit das Symptomenbild des heutigen Ekzems vervollständigt.

Während nun aber Willans Ekzem eine klare, einfache Ätiologie in dem äufseren Trauma hatte, ist die Ätiologie von Rayers oder unserem heutigen Ekzem noch dunkel. Zahlreiche unbewiesene Hypothesen und unfruchtbare Theorien sind aufgestellt werden, um die Entstehung zu erklären. Alle möglichen konstitutionellen Krankheiten, Diathesen, Dyskrasien und Neurosen streiten sich um die Ehre, die Ursache des Ekzems zu sein, oder an der Ätiologie desselben irgend einen Anteil zu haben.

Der Vortragende war es, der im Jahre 1890 den Versuch gemacht hat, für Rayers Ekzem eine ebenso klare Ätiologie zu finden, wie sie Willans Ekzem von Anfang an besessen hat. Er erklärte Rayers Ekzem für eine parasitäre Hautkrankheit. Seine damalige Definition lautete: „Ekzem ist ein chronischer, parasitärer Katarrh der Haut mit Desquamation, Jucken und der Neigung, auf Reize mit Exsudation und bedeutender Inflammation zu antworten."

Seitdem ist Unna im stande gewesen, die parasitäre Theorie durch mikroskopische und bakteriologische Untersuchungen zu stützen und zu vervollständigen, und hat zu seiner Genugthuung in Malcolm Morris, Elliot, Lereddr, Bockhart starke Anhänger gefunden. Das weitere Studieren des Ekzems wird sich zum gröfsten Teile auf bakteriologischem Gebiete bewegen. Vielleicht aber sind Chemie und Physiologie berufen, uns noch wichtigere Aufschlüsse über die Ätiologie des Ekzems zu geben.

August 1902.

I. **Pemphigus vegetans**, von W. Allan Jamieson und D. A. Welsh-Edinburgh. Seitdem Neumann im Jahre 1886 die erste Beschreibung vom Pemphigus vegetans geliefert hat, sind mehr als 50 Fälle, darunter in England nur einer von Crocker, in der Litteratur publiziert worden.

Die Verfasser sind in der Lage, die Kasuistik um einen Fall zu bereichern. Es handelt sich um eine 32jährige, seit 18 Monaten verheiratete Patientin, bei der die Affektion im Sommer nach ungewöhnlich heifsen Tagen mit Blasen und Erosionen an der Wangenschleimhaut und Zunge begann. Nach zwei Monaten entstanden in der Umgebung der Genitalien und des Anus, später an den verschiedensten Körperstellen immer neue Blasen. Die Lippen waren geschwollen und mit Krusten bedeckt; das Zahnfleisch schwammig, leicht blutend. In der Achselhöhle bemerkte man fungöse Gewächse oder Vegetationen, einige, aber weniger üppige, am Abdomen. Der Rand einer affizierten Stelle war von einem roten Hof begrenzt.

Das Allgemeinbefinden der Patientin hatte schwer unter der Hautkrankheit gelitten. Der penetrante Geruch, den diese verbreitete, wirkte furchtbar auf die Kranke ein. Sie magerte stark ab und sah wachsbleich aus.

Im weiteren Verlaufe kam es an verschiedenen Stellen zu schmerzhaften Ulcerationen. Unter Arsenik innerlich, Linimenten äufserlich, sowie einer roborierenden Diät schien der Zustand sich wesentlich zu bessern. Es kam aber ein Rückfall, dem die stark abgemagerte Patientin schliefslich erlag. In der letzten Zeit hatte die Haut eine ganz dunkelbraune Färbung angenommen.

Aus dem Sektionsbericht ist von Interesse, dafs die Lungen verkäste Partien, das Rückenmark, wie die Gehirnrinde, die Nervenzellen der Sympathicus-Ganglien degenerative Veränderungen aufwiesen.

Beim Pemphigus können zwei sekundäre Veränderungen auftreten. Die eine ist die Parakeratosis, für welche der Pemphigus foliaceus den Urtypus abgiebt; die andere ist die Acanthosis mit Beteiligung des Coriums, für welche der Pemphigus vegetans das Paradigma bildet. Beide Eventualitäten, wie der Pemphigus vulgaris selbst, verdanken ihre Entstehung wahrscheinlich einem Bakterientoxin, das auf die Nervenzellen des Centralnervensystems, so gleichzeitig auf diejenigen der Haut zerstörend einwirkt. Dieselbe Anschauung vertreten Köbner, Ehrmann, Marianelli, welche im Rückenmark, bezw. im Cervikalgangliom auffallende, sonst sehr seltene Veränderungen antrafen. Dafs irgend ein toxisches Agens dabei im Spiele ist, dafür hat man in den bullösen Dermatitiden mit Vegetationen nach Jodkalium, in den Condylomata lata etc. Analoga.

II. **Ein neuer Fall von Granuloma annulare**, von H. Radcliffe Crocker-London. Es ist dies der siebente, bisher in der Litteratur publizierte Fall der seltenen Affektion. Er betrifft einen 34jährigen Aufseher, der am 8. April 1902 mit zwei ringförmigen Plaques an den Händen in die Behandlung des Verfassers kam. Vor vier Jahren hatte sich der erste Ring am linken Handgelenk, der zweite später am linken Zeigefinger entwickelt. Der Ring, anfangs sehr klein, dehnte sich peripherisch aus, während der centrale Teil abheilte. Bei näherer Betrachtung sieht man, dafs solch ein Ring aus halbkonfluierten, festen Knötchen bestand, die von einem roten Hof umgeben waren.

III. **Ein Ausschlag im Verlaufe der Diphtherie**, von E. G. Little-London. Ein vier Monate altes, wohlgenährtes Kind wurde am 28. März 1902 mit hochgradigem Fieber, jagendem Pulse ins East London Hospital aufgenommen. Die Untersuchung der geringen Absonderung aus der Nase auf Diphtheriebacillen ergab ein negatives Resultat. Das Kind hatte eine komplette, rechtsseitige Facialislähmung. In der Mundhöhle waren keine Membranen zu sehen. Einige Stunden nach der Aufnahme bekam das Kind an der Vorderfläche des Thorax, später auch am Abdomen einen Ausschlag, welcher aus kleinen, runden, roten, festen, erhabenen, erbsengrofsen Efflorescenzen bestand. Einige bemerkte man hinter den Ohren, an den Unterschenkeln und Füfsen, am Halse und auf der Kopfhaut. Die meisten begannen bald vesikulös oder pustulös zu werden. Man glaubte anfangs, es handelte sich um echte Pocken, für die jedoch keinerlei Anhaltspunkte aufzufinden waren. Eine nochmalige Untersuchung der Nasenabsonderung ergab dieses Mal eine Kultur von Diphtheriebacillen. Somit hatte man es mit einem septischen Ausschlag zu thun.

Der Fall verlief nach zwei Tagen letal. Die Sektion bestätigte die Diagnose Diphtherie. Es fanden sich Bacillen der klein-diplo-bacillären Form.

Die Behandlung mit Antitoxininjektion (4000 Einheiten), Waschungen und Roborantien war ohne Erfolg geblieben. *C. Berliner-Aachen.*

Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.
Band 20. Juni 1902.

I. **Der Gebrauch des Kauters bei Prostataoperationen,** von N. WISHARD-Indianopolis. Der Verfasser beschreibt einen nach seinen Angaben angefertigten und mit einer wenig erhitzenden Lampe versehenen, röhrenförmigen Apparat, der durch die perineale Wunde eingeführt wird. Er ermöglicht eine genaue Inspektion des Operationsfeldes. Durch die erleuchtete Röhre wird dann der Kauter eingeführt und bei Prostatahypertrophie häufig mit besserem Erfolge, als es durch den BOTTINIschen Incisor geschieht, zur Anwendung gebracht.

Die Krankengeschichte von vier Fällen dient zur Illustration der Brauchbarkeit des Apparates. Von Interesse ist, dafs in diesen vier Fällen die Operation lediglich unter lokaler Anästhesie ausgeführt wurde.

II. **Acht Fälle von Hodengeschwülsten,** von CH. L. SCUDDER-Boston. Fall 1 betrifft einen 41 Jahre alten Mann, dessen linker Testikel seit drei Monaten geschwollen ist und sich hart anfühlt. Die Leistendrüsen sind nicht vergrößert. Für Syphilis, Tuberkulose oder ein Trauma ergiebt die Anamnese keine Anhaltspunkte.

Der erkrankte Testikel wurde mit nachhaltigem, guten Erfolge exstirpiert. Histologisch erwies sich der Tumor als ein Myxosarkom.

Fall 2. 57jähriger Patient verletzte sich vor 1½ Jahren am rechten Hoden. Sechs Monate später begann derselbe zu wachsen und hat gegenwärtig die dreifache der natürlichen Größe erreicht. Der Tumor fühlt sich fest an und hat eine glatte Oberfläche. Weder der Samenstrang noch die entsprechende Leistendrüse ist geschwollen.

Die Orchidektomie wurde ausgeführt.

Die histologische Diagnose lautete auch hier: Myxosarkom. Beim Durchschneiden des Tumors zeigte sich, ebenso wie im ersten Falle, die Schnittfläche homogen, blafs, schwach durchscheinend, fest, hier und da weifsliche, opake Stellen aufweisend. Der operative Erfolg war ein guter.

Im dritten Falle, bei welchem der Tumor ohne nachweisbare Ursache entstanden war, handelte es sich um ein Rundzellensarkom. Der erkrankte Testikel wurde mit dauerndem Erfolge exstirpiert.

Fall 4 betraf einen jungen Menschen, dessen rechter Testikel den Descensus unterlassen hatte und stets im Leistenkanal durchgefühlt werden konnte. Vor zwei Jahren begann er zu wachsen und hat in den letzten drei Monaten rapide an Größe zugenommen. Eine Probepunktion ergab eine blutige Flüssigkeit. Die Haut über dem Tumor war gerötet, ödematös; der Samenstrang zeigte sich etwas verdickt.

Histologisch erwies sich der exstirpierte Tumor als ein Rundzellensarkom. Zwei und ein halbes Jahr nach der Operation war ein Rezidiv noch nicht aufgetreten.

Fall 5 betraf einen 28 Jahre alten Patienten mit doppelseitiger, kongenitaler Hernie und unterbliebenem Descensus des linken Testikels. Vor drei Monaten entwickelte sich in der Blasengegend mehr auf deren linker Seite ein Tumor, der sich fest anfühlte und die ovale Gestalt eines Testikels hatte und an der hinteren Fläche mit dem benachbarten Gewebe verwachsen war.

Histologisch handelte es sich um ein Rundzellensarkom. Der Fall verlief sieben Monate nach Excision des Tumors letal.

Fall 6 war ein Adeno-Carcinom, Fall 7 ein Cysto-Adeno-Sarkom, Fall 8 ein Teratom.

Fall 7 und 8 starben 1¼ bezw. ein halbes Jahr nach der Operation.

III. **Lichen planus, eine vesikulöse und bullöse Affektion,** von CH. W. ALLEN-New York. Der Verfasser hat im verflossenen Jahre zwei Patienten beobachtet, bei denen Bläschen und Blasen im Verlaufe des Lichen planus aufgetreten sind.

Fall 1 betraf einen 52jährigen Mann, der Januar 1899 mit einem universellen Lichen planus in die Behandlung des Verfassers kam. Nach einer lange fortgesetzten Arsenmedikation zeigten sich im Mai auf den Füfsen zahlreiche Blasen teils mit klarem, teils mit hämorrhagischem Inhalt. Vier Tage später entwickelten sich unter Schmerzen, Brennen, Jucken an der Vorderfläche der rechten Thoraxseite zwei Gruppen von Zosterbläschen, und nach fünf weiteren Tagen traten am ganzen Körper ähnliche Bläschen auf.

Die Arsendosen wurden vermindert. Vier Wochen darauf war der Patient frei von allen Anzeichen des Lichen planus. Mit Beginn des Herbstes zeigten sich die Anfänge eines Rezidivs in Form von flachen Papeln. Dieselben wurden mit dem scharfen Löffel ausgekratzt und dann Chrysarobinkollodium aufgepinselt. Hierdurch nahmen die Efflorescenzen rascher die Beschaffenheit von ihres Inhalts beraubten, hämorrhagischen Bläschen an und trockneten sehr schnell. Der Prozefs wird dadurch wesentlich abgekürzt. Verfasser hat diese Methode auch in dem zweiten Falle angewandt und rühmt deren gute Erfolge.

Juli 1902.

I. **Über die operative Behandlung der Prostatahypertrophie**, von Bransford Lewis-St. Louis. Wenn durch die Vervollkommnung der Technik und der Methoden der Prostataoperationen gegenwärtig ein weit gröfserer Prozentsatz von Heilungen und Besserungen der Prostatahypertrophie als früher erzielt wird, so bleiben doch noch zahlreiche Fälle übrig, die sich der guten Resultate nicht erfreuen können. Verfasser glaubt bei Durchsicht der einschlägigen Litteratur die Wahrnehmung gemacht zu haben, dafs manche Operateure vorwiegend nur eine Operationsmethode ausüben ohne Rücksicht auf den allgemeinen oder den lokalen Zustand, das Alter, die Kräfte der Patienten, auf den Charakter, die Form der Geschwulst und die Komplikationen, welche dieselbe bereits hervorgerufen hat. Um die möglichst gröfste Zahl von Heilresultaten zu erzielen, ist es nötig, dafs man über die besten Operationsmethoden verfügt, sie technisch vollkommen beherrscht und jederzeit eine sachverständige Auswahl zwischen ihnen zu halten weifs.

Der Verfasser zeigt an einigen Beispielen und vorzüglichen Abbildungen, wie je nach der Art der Prostatavergröfserung bald die eine, bald die andere Operationsmethode den Vorzug verdiene.

Günstig für den suprapubikalen Eingriff sind:

1. Allgemeine Vergröfserung der Prostata, welche vom medianen Teile oder den Seitenlappen aus stark in die Blase hineinragt und ihre Zugänglichkeit vom Perineum vermindert.

2. Gestielte intravesikale Tumoren mit Fehlen von Hindernissen aus anderen Ursachen.

Günstig für den Perinealschnitt sind:

1. Allgemeine Hypertrophie auch des medianen Teils und der lateralen Lappen ohne intravesikale Projektion.

2. Ausgedehnte oder sehr dicke Gewebsbildung mit Kompression der Urethra zwischen den vergröfserten Seitenlappen.

3. Excessive Entwickelung der Prostata in der Richtung des Rectums.

4. In den meisten Fällen, in denen die Patienten sich eines guten Allgemeinbefindens erfreuen und keine besondere Indikation für eine andere Operationsmethode vorliegt.

Günstig für Bottini sind:

1. Fälle mit grofser allgemeiner Körperschwäche, bei der es fraglich ist, ob die Patienten die Operation überstehen werden.

2. Fälle in denen das Hindernis noch keine grofsen Dimensionen erreicht hat.

3. Im Beginn des Katheterlebens nach Horwitz als Prophylaktikum gegen weitere, obstruierende Hypertrophie.

II. **Ein Fall von Mykosis fungoides**, von F. Brrakey - Ann Arbor. Der 38jährige Patient stand von Beginn seiner Krankheit an bis zu seinem Tode, nahezu sechs Jahre hindurch, unter ständiger genauer Beobachtung von Ärzten und bot in vivo sowohl wie post mortem günstige Gelegenheit, die Affektion klinisch und histologisch eingehend zu studieren. Dieselbe begann vor ca. sechs Jahren mit einem schuppigen Zustande der Haut der Beine. Januar 1898 entwickelten sich Tumoren an den Handgelenken, Armen, am Halse, an der Nase und auf der Stirn. Die Knoten zeigten verschiedene Gröfse; die einen waren glatt, die anderen rauh, ulceriert und von penetrantem Geruch. Einzelne hatten die Finger durchsetzt. Der kleine Finger der rechten Hand war einige Wochen vorher wegen der Gewächse amputiert worden. Vor fünf Monaten begannen die Haare auszufallen, als sich Tumoren auf der Kopfhaut entwickelten.

Die mikroskopische Untersuchung ergab eine Gewebsstruktur, wie diejenige des Lymphosarkoms, und die mikroskopische Diagnose lautete auf „allgemeine Hautsarkomatose".

Der Zustand des Patienten verschlimmerte sich zusehends. Im Januar 1901 starb der Kranke an einer interkurrenten Bronchopneumonie, nachdem er in den letzten Monaten, wie aus den Abbildungen hervorgeht, einen bejammernswerten Anblick dargeboten hatte.

Klinisch hatte man zuletzt Mykosis fungoides diagnostiziert.

Die pathologische Diagnose lautete: „Sarcomatosis der Haut; Metastasen in den Tonsillen, der Zunge, der rechten Lunge, in den Cervikal-, Axillar-, Cubital- und Inguinaldrüsen mit kleinen runden Zellen oder den Elementen den Lymphosarkoms, Melanosis der Haut, akute Bronchopneumonie, chronische Kongestion der Milz, der Leber und Nieren. Fettige Degeneration der Leber".

Die Haut zeigte allgemein und besonders stark am Rumpf eine Pigmentation, die lebhaft an die Addisonsche Krankheit erinnerte.

Histologisch sprechen mehr für Sarkom und nicht für Granulom:

1. „Die grofse Zahl von Zellteilungsfiguren, die beim Granulom ungewöhnlich sind;

2. das Fehlen von Riesenzellen, wie sie meist beim Granulom vorkommen;

3. die kleine Zahl von Mast- und Plasmazellen, die im Granulom und um dasselbe herum, sowie bei allen chronischen, entzündlichen Prozessen in grofser Menge aufzutreten pflegen;

4. vollständige Abwesenheit von Mikroorganismen, die weder mikroskopisch noch bakteriologisch nachweisbar waren;

5. die Beschaffenheit der Metastasen."

Unter Berücksichtigung der einschlägigen Litteratur wird die Differentialdiagnose eingehend besprochen und nach J. C. Johnstons Vorgange folgende Einteilung der sarkomatösen Neoplasmata gemacht:

1. „Das fibroblastische (echte) Sarkom;

2. die Lymphoidzellgeschwülste;

3. die Sarkoidgeschwülste.

Zu den letzteren gehören: a) das Granuloma fungoides; b) das multiple, idiopathische Pigmentsarkom; c) die Sarcomatosis cutis; d) das multiple, benigne Sarkoid."

August 1902.

I. **Ein Fall von Dermatitis verrucosa, vielleicht durch das Bacterium coli commune verursacht**, von H. G. Anthony-Chicago. Ein beim Emailieren be-

schäftigter und viel mit Salzsäure hantierender Arbeiter verbrannte sich vor drei Monaten den Rücken der rechten Hand, nicht sehr schwer, verabsäumte aber die Brandwunde zu bedecken, so dafs Staub sich an derselben festsetzte. Die Wunde wurde sehr schmerzhaft, und nachdem verschiedene Hausmittel ohne Erfolg angewendet worden waren, begab sich der Patient drei Monate nach Eintritt des Unfalles in die Klinik. Hier wurde zunächst Lungentuberkulose festgestellt. An der Basis des rechten Daumens befand sich eine etwa silberdollargrofse, gerötete, ödematöse, peripher mit ganz kleinen Hautabscessen, central mit vegetierenden Papillen besäte Fläche. Die mikroskopische Untersuchung des aus den Vegetationen ausgedrückten Eiters ergab keine Tuberkelbacillen, dagegen eine grofse Menge eines kurzen Bacillus. Die Anlegung von Reinkulturen ergab denselben kurzen Bacillus, der schliefslich als identisch mit dem Colonbacillus angesehen wurde. Die Untersuchung der erkrankten Hautpartien ergab eine enorme Proliferation der Epidermiszellen. Die interpapillären Zapfen waren stark verlängert und reichten weit in die Cutis hinein, wie man dies gewöhnlich beim echten Papillom sieht. Einzelne Haufen von Epithelzellen enthielten im Verhornungsprozesse weit vorgeschrittene Zellen. An anderen Stellen enthielten die proliferierten Epithelzellen kleine abscedierte, mit zumeist polynukleären Leukocyten erfüllte Hohlräume. Die Cutis zeigte die Beschaffenheit von in akutentzündlichem Prozesse begriffenem Granulationsgewebe. Die fixen Bindegewebszellen zeigen einen mehr oder weniger embryonalen Typus. Viele derselben haben grofse Bläschenkerne; einige zeigen karyokinetische Figuren. Hier und da zerstreut sieht man polynukleäre, vielfach eosinophile Leukocyten. In einzelnen Präparaten fanden sich wenige Stäbchenbacillen, sonst keine anderen Bakterien.

Da überall nur das Bacterium coli commune gefunden wurde, so liegt die Vermutung nahe, dafs durch dasselbe die Affektion hervorgerufen worden ist. Schon Brunner weist auf die wichtige Rolle hin, welche der Bacillus coli communis bei der Wundinfektion, so beim Panaritium, der Phlegmone und der Lymphangitis, spielen kann.

II. **Über Resorbin**, von R. Ledermann-Berlin. Der Verfasser rekapituliert das Wissenswerteste über das von ihm im Jahre 1898 in die Praxis eingeführte Resorbin als Salbengrundlage, weist auf die Vorzüge hin, die dasselbe vor anderen Salbengrundlagen besitzt, und bespricht an der Hand der einschlägigen Litteratur die therapeutische Verwendung des Mittels. Eine Reihe empfehlenswerter Rezeptformeln mit Resorbin als Fettgrundlage beschliefst die Arbeit. *C. Berliner-Aachen.*

Bücherbesprechungen.

Der Aussatz in der Schweiz. Medizinisch-historische Studien. I. Abteilung. Von Friedrich Bühler-Luzern. (Polygraph. Institut, Zürich 1901.) Die vorliegende Abhandlung ist der Anfang zu einem gröfseren Werke, das die Ergründung der einstigen Lepraverhältnisse auf dem Gebiete der heutigen Schweiz zum Gegenstand hat. Bei dem lebhaften Interesse, das der Lepra und ihrer Geschichte in unseren Tagen entgegengebracht wird, ist das Unternehmen des Verfassers, einen sein Heimatland betreffenden Beitrag zu liefern, ein sehr dankenswertes zu nennen. Der bisher erschienene Abschnitt enthält Mitteilungen über Gründung, Leitung und Organisation der bedeutenderen unter den älteren Leproserien, von denen das erste historisch sichere in St. Gallen gestanden hat (im 8. Jahrhundert gegründet). Es folgen einige ältere Leprabeschreibungen. Das Buch ist gut ausgestattet und mit einer Reihe trefflicher Abbildungen versehen. *A. Loewald-Graudens.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 35. No. 7. 1. Oktober 1902.

Erfahrungen über den therapeutischen Effekt der Quecksilber-Vasogensalbe.

Von

Dr. J. Arnold Goldmann-Wien.

Die Inunktionskur, die eigentlich älteste Einverleibungsart von Hg, ist, obschon seither noch verschiedene andere Applikationsweisen eingeführt wurden, ihrer raschesten und anerkannt verläßlichsten Wirkung wegen noch immer die meist verwendete schon deshalb, weil sie in den meisten Formen syphilitischer Erkrankung gut verwendbar, auch die möglichst raschesten Erfolge erwarten läßt, und eben durch diese Einverleibungsart sämtliche Gewebe in heilgünstigem Sinne am sichersten beeinflußt werden. Wenn sie auch ihre Gegner hat, liegt dies wohl hauptsächlich darin, weil das zur Inunktion verwendete Arzneimaterial zum Teile seiner nicht entsprechenden pharmakodynamischen Beschaffenheit, zum größeren Teile aber seiner nicht genügenden Resorbierbarkeit wegen den gehegten Erwartungen in dem Maße nicht entsprochen hat, in welchem wir von einer zweckentsprechenden Quecksilbereinverleibung eine effektiv günstige Heilwirkung zu fordern berechtigt sind. Andererseits liegt aber neben der Herstellungsart einer Hg-Salbe auch viel daran, wie diese inungiert, oder besser gesagt, von der Haut selbst aufgenommen und toleriert wird und in welchem Grade Reaktionserscheinungen, welche durchaus nicht erwünscht sind, nachzufolgen pflegen.

Seit einer Reihe von Jahren schon ist man eifrigst bemüht, Ersatzmittel für das offizinelle Ungt. cinereum herzustellen, teils wegen seiner unzuverlässigen Bereitungsweise, demzufolge auch seiner ungleichmäßigen Wirkungsweise wegen, da die Resorption des Hg durch die Haut keine genügende sein kann, teils aber auch deshalb, weil die nicht resorbierten Reste von Quecksilber und Fett auf die Haut selbst schädlich einwirken und Dermatosen erzeugen. Wie ich in meiner Publikation: „Die therapeutische Verwendung des Teervasogen“ (*Monatsh. f. prakt. Derm.* 1902. Bd. XXXIV) des Näheren ausführte, ist Vasogen das denkbar beste

resorptionsbefördernde Vehikel für verschiedene Arzneimittel, welche dem Organismus durch die Haut einverleibt werden sollen, wobei noch der allseits anerkannte Vorzug der absolutesten Reizlosigkeit den Wert desselben gegenüber anderen Salbengrundlagen wesentlich zu erhöhen vermag. So bildet auch das Vasogen pur. spiss. die beste Salbengrundlage für die „Quecksilber-Vasogensalbe" über deren spezielle Vorzüge PHILIPPSON schon im Jahre 1896 (*Therap. Monatsh.*, Februar 1896) ausführlich berichtet, sowie ULLMANN (*Münch. med. Wochenschr.* 1898, No. 23. 24) und HUTSCHNECKER (*Wien. med. Wochenschr.* 1898, No. 34) in ihren Abhandlungen beschreiben. In Fortsetzung meines Berichtes über „Vasogenpräparate" will ich nun über jene Erfahrungen referieren, welche ich im Verlaufe längerer Zeit mit „Quecksilber-Vasogensalbe" bei der Behandlung luetischer Erkrankungsformen sammeln konnte und zwar in den verschiedenen Entwickelungsstadien derselben. Der erste Fall, in welchem ich Hg-Vasogensalbe zur Verwendung nahm, betraf eine 23jährige, von ihrem Manne infizierte Frau, welche mit einer Sklerose an beiden grofsen Labien und mit einem makulösen Exanthem behaftet, in ihrer Heimat von dem dortigen Arzte behandelt, zweimal im Verlaufe von drei Monaten Inunktionen mit der offizinellen grauen Salbe nahezu erfolglos durchmachte, weshalb ich allsogleich den Versuch mit Quecksilber-Vasogensalbe machte, um den Unterschied der Einwirkung dieser Inunktion präzise beobachten zu können. Während bei den vorhergegangenen zwei Schmierkuren 3 und auch 4 g offizinelle graue Salbe pro dosi verwendet wurden, liefs ich, einerseits weil schon zwei Cykluse abgethan waren, andererseits weil, wie mir bekannt, in Hg-Vasogensalbe das Hg bei weitem besser resorbiert wird, als in der offizinellen grauen Salbe und ich deshalb eine kumulative Wirkung a priori vermeiden wollte, pro dosi nur 2 g des 50%igen Hg-Vasogen verwenden und im üblichen Turnus sechs Inunktionen machen, ohne auf den lokalen Sitz der Sklerose in der Reihenfolge der Einreibungen besondere Rücksicht zu nehmen. Der erwünschte Erfolg zeigte sich thatsächlich schon nach dem ersten Cyklus in so unverkennbarer und positiv günstiger Weise, dafs ein prompter therapeutischer Effekt nicht mehr zu bezweifeln war. Die effektive Verkleinerung und das merkliche Schwinden der Induration an beiden Labien, sowie die augenfällige Verfärbung und Verringerung des makulösen Exanthems lieferten den deutlichen Beweis dafür, dafs das Quecksilber in dieser Salbenform inungiert den an dasselbe, hinsichtlich einer therapeutischen Einwirkung gestellten Forderungen vollauf entsprach. Nach einem zweiten Cyklus — wegen inzwischen eingetretener Menstruation erfolgte eine Unterbrechung von neun Tagen —, in derselben Weise und mit derselben Dosierung durchgeführten Inunktion waren sowohl Sklerose als auch das Exanthem vollständig geschwunden. Seit nahezu einem Jahre (ich habe

inzwischen die Patientin wiederholt gesehen und genau untersucht) sind keine Rezidive vorgekommen. Ich möchte bei diesem Falle noch erwähnen, dafs ich ausnahmsweise dieses Mal, trotz der energischen und raschen Wirkung, welche doch offenbar nur auf die gute und ausreichende Resorption des Hg zurückzuführen ist, doch keine bemerkenswert gröfsere Salivation oder Gingivitis wahrnehmen konnte, wie sonst bei Verwendung der offizinellen grauen Salbe, ebenso, wie ich keine ins Auge fallende Reizung der Haut beobachten konnte, obschon eine solche besonders wegen der gröfseren Empfindlichkeit und Zartheit derselben bei Frauen, überdies noch, wie in diesem Falle — eine Blondine — oft genug vorzukommen pflegt, und stimmen meine Beobachtungen hinsichtlich der absoluten Reizlosigkeit der Hg-Vasogensalbe mit jenen Ullmanns, welcher diese besonders hervorhebt, ganz überein, obschon auch er und andere Autoren präzise anführen, dafs die Quecksilber-Vasogensalbe rascher und vollkommener in die Haut eindringt, als Ung. einer. officin.

Der zweite Fall betrifft einen 27jährigen, ziemlich robusten, kräftigen und gut genährten Handlungsreisenden mit einer Sklerose an der Glans, seit ungefähr vier Wochen bestehend, mit Empl. cinereum erfolglos behandelt und seit acht Tagen mit zwei, etwa linsengrofsen, speckig-eiterigen Geschwüren an der Innenseite der Unterlippe kompliziert, welche trotz wiederholten Touchierens mit Nitr. argent. sich weder reinigen, noch auch zu nur teilweiser Verkleinerung oder beginnender Vernarbung bringen liefsen. Nach 14 Einreibungen mit 50%iger Hg-Vasogensalbe zu je 2 g pro dosi komplette und einwandfreie Heilung, bei schon nach den ersten vier Einreibungen merklich gesteigerter Salivation und empfindlicher Gingivitis, welche jedoch alsbald durch geeignete Mafsnahmen behoben werden konnten. Seit zehn Monaten keine Rezidive. Ein nahezu ähnlicher zweiter Fall, bei einem 31jährigen Buchbinder, doch auch mit squamösen Exanthem der beiden Handteller kompliziert, seit circa vier Monaten bestehend, heilte nach 24 Einreibungen mit je 2 g 50%iger Hg-Vasogensalbe aus. Ich habe den Kranken seither (seit fünf Monaten) nicht wieder gesehen.

Ein ulceröses, inveteriertes, seit mehr als einem Jahre bestehendes Syphilid am rechten Oberschenkel, bei einem 34jährigen Maler, kam knapp nach vierwöchentlichem Jodbadgebrauche in Hall in meine ärztliche Behandlung. Das Geschwür war ungefähr silberguldengrofs, ziemlich stark secernierend, mäfsig vertieft, ohne merkbare Neigung zur Heilung, nur geringfügige Spuren von Granulationen zeigend und auch diese warzenfaserförmig, blafsrosa, d. h. nicht die richtige Granulationsfarbe präsentierend. Das ulceröse Geschwür wurde nach Angabe des Patienten wiederholt mit Ätzmitteln und verschiedenen Verbandmitteln, mit zeitweilig scheinbaren, doch immer nur vorübergehendem geringen Erfolg

behandelt und auch die Jodkur hatte keinen beachtenswerten Effekt. Ich behandelte den Fall mit „Jodeigonstreupulver“ und täglichem Verbandwechsel, liefs im üblichen Turnus 28 Inunktionen in Zwischenpausen von je zehn Tagen mit je 2 g 33 1/3%iger Hg-Vasogensalbe vornehmen. Nach 14 Wochen komplette Ausheilung mit vollständig guter Vernarbung. Der Kranke hat die Kur anstandslos gut vertragen und mit Ausnahme mäfsiger, zeitweilig sich wiederholender Salivation keine weitere Schädigung seines sonstigen Gesamtbefindens erlitten.

Ein Fall von Syphilis hereditaria tarda bei einem 18 Monate alten Knaben, mit ausgebreitetem makulösem Exanthem und massenhaft aufgetretenen und ulcerierenden erbsen- bis kleinhaselnufsgrofsen Knötchen, namentlich am Rücken und an den unteren Extremitäten haufenweise gruppiert, mit starker Coryza und Conjunctivitis, wurde ungefähr vier Wochen lang lege artis mit Sublimatbädern, jedoch erfolglos behandelt. Vorsichtig, unter geringfügigem Verreibungsdrucke ausgeführte Inunktionen mit je 1/2 g 33 1/3%iger Hg-Vasogensalbe, fünf Tage lang täglich gemacht, sodann fünf Tage lang unterbrochen, zeigten schon nach zehn Einreibungen merkliche Besserungserfolge, sowohl im lokalen als im allgemeinen Befunde. Nach neuerlichen zehn Einreibungen, in demselben Zeitraume ausgeführt, veränderte sich das Gesamtkrankheitsbild in so auffallend günstiger Weise, dafs die pharmakodynamische Wirkung des Präparates aufser Zweifel stand. Nach der 20. Einreibung liefs ich, da sich inzwischen der Zustand wesentlich gebessert hatte, schon mit Rücksicht auf eine bestimmt zu erwartende anhaltende Nachwirkung des Hg und mit Rücksicht auf das ohnehin sehr geschwächte und herabgekommene Kind in der Hg-Behandlung eine Pause von vier Wochen eintreten, während welcher Zeit neben ausgiebiger Ernährung, welche das Kind mittlerweile auch schon in befriedigenderer Weise vertragen und verdauen konnte, jeden zweiten Tag ein lauwarmes Bad verwendet wurde, welches ihm auch sehr gut bekam. Die Besserung, sowie das Allgemeinbefinden und das Aussehen machten in dieser Zwischenzeit so gute Fortschritte, dafs sich das Kind merklich erholen und kräftigen konnte, so dafs, um endlich auch noch die letzten Residuen von Lues zum Verschwinden zu bringen, neuerliche zehn Inunktionen gemacht wurden, welche auch einen vollständigen Heileffekt erzielen liefsen und alle Erscheinungen dieser anamnestisch unzweifelhaft nachgewiesenen Syphilis hereditaria tarda nach Ablauf von ungefähr vier Monaten ohne Komplikationen und ohne störende Zwischenfälle schwanden. Bis nun, seit fünf Monaten, keine Spur von Rezidive; das Kind erfreut sich eines sehr befriedigenden Wohlbefindens und sieht auch sehr beruhigend aus.

Unter mehreren anderen von mir mit Hg-Vasogensalbe erfolgreich behandelten luetischen Erkrankungsformen, deren nähere Beschreibung

ich der Weitläufigkeit wegen unterlassen muſs, kann wohl folgender Fall auf eine besondere Beachtung Anspruch machen: Ein gegenwärtig vierzig Jahre alter, gut genährter und kräftiger Kaufmann, acquirierte in seinem 23. Lebensjahre, während seiner Militärdienstzeit ein Ulcus durum mit angeblich sehr geringen und mäſsigen Sekundärerscheinungen in Form einer nicht sehr ausgebreiteten Roseola. Sowohl Ulcus, als auch die Sekundärerscheinungen sollen, nach seiner Angabe, in Spitalsbehandlung nach kaum fünf Wochen vollständig zur Ausheilung gelangt sein und wäre der Patient nach dieser Zeit nahezu acht Jahre lang, bis etwa 1½ Jahre nach seiner inzwischen erfolgten Verehelichung vollkommen gesund gewesen. Zu dieser Zeit wurde ich zur Entbindung seiner Frau gerufen. Die Geburt eines kräftigen, normal gut entwickelten Mädchens erfolgte mittelst Forceps, ohne besondere Schwierigkeiten, und Mutter und Kind befanden sich in den nächsten paar Wochen entsprechend wohl. Die Mutter selbst stillte das Kind, welches sich seinem Alter entsprechend normal entwickelte und in der Ernährung nichts zu wünschen übrig lieſs. Ungefähr sechs Wochen post partum empfindet die Frau ein ihr unerklärliches Brennen und Jucken in der Analgegend und überdies einen, wie sie angiebt, täglich sich vermehrenden Ausschlag am ganzen Körper, insbesondere aber auffällig stark an beiden Oberarmen, an den Schenkeln und am Brustkorb verbreitet. Bei näherer Untersuchung finde ich charakteristisch ausgesprochene Papeln am Anus und am Körper ein papulöses Exanthem, deren Originität ich mir, da mir die oben angeführte Anamnese des Gatten bis dahin nicht bekannt war, nicht recht erklären konnte. Erst nachdem ich mir durch sorgfältiges Ausfragen des Ehegatten Sicherheit über die Herkunft der vorliegenden Erkrankung verschaffen konnte, war der Fall aufgeklärt. Die sorgfältigste Untersuchung des Gatten ergab für den Augenblick nichts positives, ich konnte bei ihm auch nicht die geringste Spur einer durch äuſsere Merkmale erkennbaren luetischen Erkrankung auffinden. Acht Tage später zeigten sich bei dem nunmehr schon zwei Monate alten Kinde ausgesprochene Symptome von Lues, sowohl in Form von makulösem Exanthem, als auch in starker Coryza mit schnaufendem Atmen und Conjunctivitis an beiden Augen. Unter entsprechender Behandlung genasen Mutter und Kind nach Ablauf von sechs beziehungsweise neun Wochen, nach welcher Zeit sich keine luetischen Krankheitssymptome mehr auffinden lieſsen.

Etwa ein Jahr später bekam der Gatte ganz plötzlich eine heftige Iritis am rechten Auge, deren spezifischer Charakter sowohl durch ihr sozusagen unvermitteltes Auftreten, als auch durch ihre Schwere und Hartnäckigkeit für mich ganz auſser Zweifel stand. Nahezu fünf Wochen lang blieb, trotz sorgfältigster indizierter Behandlungsart die schwere Erkrankung des Auges fast in derselben Intensität bestehen und erst nach

dieser Zeit besserte sich der Krankheitszustand allmählich, bis er nach beiläufig elf Wochen ad normam zurückging. Nach vier Jahren rezidives Exanthem bei der Frau, welches nach ungefähr sechs Wochen unter entsprechender Behandlung wieder verschwand. Im vorigen Sommer neuerliche Eruption, gleichzeitiges krustöses Ekzem (Syphilid) am Hinterhaupte. Bei dieser dritten Rezidive verwendete ich bei ihr zum ersten Male anstatt der offizinellen grauen Salbe, die Hg-Vasogensalbe (50%) zur Inunktion und thatsächlich mit bei weitem rascheren und besseren Erfolge, als früher mit Ung. cinereum, denn nach kaum vier Wochen waren bei der Frau sämtliche luetischen Erscheinungen vollkommen geschwunden. Im Januar dieses Jahres erkrankte der Gatte neuerlich an heftiger Iritis, diesmal aber an beiden Augen, am linken war der Erkrankungsprozefs wohl etwas mäfsiger, doch immerhin scharf genug. (Prof. KÖNIGSTEIN in Wien kennt diesen Fall genau und hat ihn sowohl bei der erstmaligen Erkrankung, als auch in diesem Jahre pro consilio wiederholt gesehen.) Neben Atropin-Cocaineinträufelungen liefs ich sofort in ununterbrochener Reihenfolge 18 Inunktionen mit 50%iger Hg-Vasogensalbe zu je 2 g vornehmen und die beiderseitige Iritis war trotz ihrer Heftigkeit diesmal schon nach kaum drei Wochen vollständig geheilt, und, was sehr bemerkenswert ist, auch die während der früheren Erkrankung so qualvoll lange andauernden grofsen Schmerzen liefsen diesmal schon am neunten Tage an Intensität bedeutend nach und waren am vierzehnten Tage auch schon ganz geschwunden. Es sprechen demnach auch meine in den letztangeführten Fällen gemachten Erfahrungen ganz deutlich dafür, dafs Quecksilber-Vasogensalbe, sowohl wegen ihrer leichteren und reinlicheren Verwendungsart, als auch wegen ihrer reaktionslosen, dabei doch prompt und therapeutisch vollwertigen Wirkungsweise der offizinellen grauen Salbe positiv überlegen, demnach in der Praxis dieser auch vorzuziehen ist.

Aus dem Ambulatorium für Haut- und Sexualleiden für die Betriebskrankenkasse der Schiffswerft von Blohm & Voss in Hamburg.

Zur Kenntnis des Diosmal-RUNGE (Extract. Foliorum Bucco) und seine Anwendung in der Behandlung der Harnkrankheiten.

Von

Dr. MORITZ FÜRST-Hamburg.

Das Infus aus den Buccoblättern ist ein altes, wenn auch heute nicht mehr häufig angewendetes Mittel in der Therapie der Harnkrankheiten. Auf der Abteilung für Haut- und Syphiliskranke des Allgemeinen Krankenhauses Hamburg-St. Georg, wo mein ehemaliger Chef, Herr Oberarzt Dr. ENGEL-REIMERS, Buccothee häufig verordnete, habe ich Gelegenheit gehabt, die vorzüglichen Eigenschaften dieses Mittels kennen und schätzen zu lernen. Später, da ich weniger zu klinischer als zu ambulatorischer Behandlung von Krankheiten der Harnorgane veranlafst war, habe ich zu meinem Bedauern oft auf die Heilkraft der Buccoblätter verzichten müssen, da bei denjenigen Patienten, welche „ohne Störung in ihrem Berufe" von den genannten Krankheiten befreit sein wollten, das Bereiten und Trinken von irgend einem Thee sich aus diesem oder jenem Grunde nicht ermöglichen liefs.

Durch diesen häufig eintretenden Umstand drängte sich mir dann der Gedanke auf, aus den Buccoblättern das wirksame Prinzip zu extrahieren und zwar in der Weise, dafs es in Pillen oder Kapseln verordnet, den Patienten ohne weitere Umstände einzunehmen ermöglicht würde. Herr Dr. RUNGE hatte die Freundlichkeit, auf meine Veranlassung sich mit der Extraktion des wirksamen Stoffes aus der Droge zu beschäftigen, und es ist ihm gelungen, aus den Buccoblättern ein durchaus brauchbares Mittel herzustellen, das er Diosmal nennt. Ich habe sodann das neue Mittel sowohl in dem von mir geleiteten Ambulatorium wie auch in der Privatpraxis sehr häufig angewendet und bin mit den Erfolgen der Behandlung so zufrieden, dafs ich mich zu einer kurzen Mitteilung über das Diosmal und seine Anwendung entschlossen habe, um die eingehende Prüfung dieses neuen Mittels auch von anderer Seite in die Wege zu leiten.

In der Real-Encyklopädie der Pharmacie finden wir folgende Angaben über Folia Bucco: Die Bucco-, Bucho-, Buckublätter werden von mehreren zur Gattung Barosma gehörigen Pflanzen in Süd-Afrika gewonnen. Die Blätter werden von den Hottentotten äufserlich und innerlich angewendet;

äufserlich in Form einer Salbe, die aus Buccoblätter-Pulver und dem Pulver anderer aromatischer Pflanzen mit Schmalz bereitet wird.

In Deutschland ist das Mittel durch Dr. Reecke oder Jobst im Jahre 1825 eingeführt. Es wird innerlich gegeben als Pulver oder Aufguſs 2—3stündlich 1—2 g. Die Stammpflanzen der Buccoblätter sind:

1. Barosma crenulata,
2. „ crenata,
3. „ betulina,
4. „ serratifolia.

Man unterscheidet breite und lange Buccoblätter, zwischen denen chemisch und therapeutisch ein Unterschied nicht festzustellen ist. Die Blätter besitzen einen durchdringenden, kampherartigen, rautenähnlichen Geruch und einen bitterlich aromatischen, etwas pfefferminzähnlichen Geschmack.

Die Bestandteile der Droge sind: ätherisches Öl, ein Stearopten (Diosphenol), ein Glykosid (Diosmin) 4%, welches dem Hesperidin ähnlich ist, ferner ein bitteres Harz und Schleim.

Nach dem Jahresbericht der Pharmacie (31. Jahrgang 1896) über eine Arbeit von M. Bjalobrzeski über die Buccoblätter, besteht das ätherische Öl derselben aus drei Stoffen. Der kristallinische Teil desselben, das Diosphenol, ist ein Aldehydphenol. Der flüssige Anteil des ätherischen Öles besteht aus zwei Körpern: aus einem dem Menthon isomeren Keton und einem Terpen vom Siedepunkte 175—176°. Das Diosmin wird von verdünnter Schwefelsäure in ein Kohlenhydrat und eine noch nicht genügend charakterisierte Substanz vom Schmelzpunkt 127° gespalten.

In der Arbeit von C. J. S. Thompson: Vergleichung des medizinischen Wertes der drei offizinellen Buccoarten (*The Pharm. Journ. and Transact.* 1890, S. 470), wird dargelegt, daſs der wesentliche Bestandteil der Buccoblätter ein flüchtiges Öl von pfefferminzartigem Geruche ist, welches das polarisierte Licht beträchtlich nach links dreht. In der Kälte scheidet es in Form nadelförmiger Kriställchen den ebenfalls nach Pfefferminz riechenden Kampher aus. Spica schreibt den therapeutischen Wert der Barosma crenulata dem Gehalt an flüchtigem Öl und bitterem Harz zu. Das ätherische Öl besteht aus kristallinischem Kampher und farblosem, bei 204—206° siedendem, nach Pfefferminz riechenden Öl. Die Analyse weist auf eine Isomere des Bornöles ($C_{10}H_{18}O$) hin.

Man vermutet, daſs die medizinische Wirkung der Buccoblätter durch ihren beträchtlichen Schleimgehalt erhöht werde, da durch diesen die Entzündung der Schleimhäute gemildert und die Heilkraft des flüchtigen Öles bei chronischer Entzündung und anderen Leiden der Harnwerkzeuge unterstützt werde. Es wird deshalb bei Behandlung derartiger Fälle die frische Infusion auch der Tinktur vorgezogen.

Die Infusion der Blätter von Barosma serratifolia giebt beim Präzipitieren weniger Schleim aus als eine solche von den anderen Arten bereitete, wie dieselben denn im allgemeinen auch minderwertiger erscheinen.

In der rein medizinischen Litteratur finden wir über Bucco wenig Angaben. Gebräuchliche Lehrbücher, wie z. B. dasjenige von Cloetta-Filehne thun nicht einmal des Namens Erwähnung. In *Eulenburgs Real-Encyklopädie*, 1894, Bd. 4, ist die Anwendung der Buccoblätter als Diureticum besonders bei Affektionen der Harnröhre, chronischem Blasenkatarrh etc. empfohlen, und zwar innerlich als Aufguſs 1 : 10 oder 20, äuſserlich ebenso zu Einspritzungen in die Harnöhre und Blase.

Im Ewald (*Handbuch der allgemeinen und speziellen Arzneiverordnungslehre*, Berlin 1898) ist neben der Anwendung der Folia Bucco als Aufguſs auch derjenigen als Pulver gedacht. Auch finden wir dort angegeben, daſs Extractum Bucco innerlich zu 0,3—0,6 dreimal täglich in Pillenform bei Blasenkatarrh, Enuresis und anderen Leiden des uropatischen Systems verabreicht wird. Das Extractum Bucco fluidum wird innerlich 2,0—4,0 täglich als Stimulans, Tonicum und Diureticum verordnet.

Schlieſslich haben wir noch die Tinctura Bucco zu erwähnen. Sie wird innerlich zu 20—60 Tropfen eingegeben. Äuſserlich kommt sie in Salbenform 1,0—5,0 : 10,0 als Zerteilungsmittel bei lymphatischen Geschwülsten zur Anwendung.

Was nun die Extraktion unseres Präparates betrifft, so hat Dr. Runge, gleich früheren Untersuchern, wie z. B. der schon erwähnte Bjalobrzeski, die Buccoblätter mit Petroleumäther extrahiert. Die Darstellung des Extraktes erfolgte durch völlige Erschöpfung der Buccoblätter mit Ligroin von niedrigem Siedepunkt und sodann mit siedendem wasserhaltigen Alkohol. Runge wollte durch diesen Prozeſs alle wirksamen Bestandteile der Blätter in dem Extrakt vereinigen, welcher somit neben dem ätherischen Öl, Diosphenol (Buccokampher), das Glukosid Diosmin, sowie das in der Droge enthaltene Harz und Chlorophyll enthält.

Dr. Runge verarbeitet das so gewonnene Präparat, das er Diosmal nennt, auf meine Veranlassung zu Pillen und Kapseln; die ersteren enthalten 0,15 g des Extraktes, letztere 0,3 oder 0,5 g.

Ich verordne die Pillen dreimal 2—5 täglich zu nehmen, die Kapseln ebenso dreimal 2—4. Das Präparat wird von allen Patienten gern und ohne jede Belästigung irgendwelcher Art genommen.

Was nun die Anwendung des Mittels betrifft, so ist es klar, daſs man in den Fällen, wo die äuſseren Umstände nicht dagegen sprechen, immer in erster Reihe den altbewährten Buccoblätter-Aufguſs verordnet. Ich habe aber schon erwähnt, daſs meine Patienten oft ablehnen, irgend einen Thee zu nehmen. Den Werftarbeitern ist es während der Arbeit naturgemäſs nicht möglich, sich den Thee zu bereiten; ihn fertig mit zur

Arbeitsstelle zu nehmen, sind sie meistenteils viel zu bequem. Die besser gestellten Patienten wollen fast immer ihrer Umgebung den Charakter der meist etwas anrüchigen Krankheit verbergen und scheuen sich deshalb durch Bereitung eines Aufgusses auf ihr Leiden aufmerksam zu machen.

In allen solchen und ähnlichen Fällen — auch da wo der Thee den Patienten des Geschmackes wegen widersteht — haben sich unsere Diosmal-Pillen und -Kapseln aufserordentlich gut bewährt. Sie riechen sehr angenehm, aromatisch, sind geschmacklos und können ohne weiteres leicht geschluckt werden.

Die meisten meiner Fälle, bei denen ich das Diosmal angewendet habe, betreffen akute Gonorrhoen und Blasenkatarrhe als Folgezustände der gonorrhoischen Infektion. Bei der akuten Gonorrhoe der vorderen oder hinteren Harnröhre habe ich die Diosmalpräparate in den allermeisten meiner Fälle neben der Ichtharganbehandlung, wie ich dieselbe in meiner Arbeit in der *Dtsch. med. Wochenschr.*, 1901, No. 14 (Zur Behandlung der Gonorrhoe mit Ichthargan) geschildert habe, verordnet, und zwar an Stelle der sonst gebräuchlichen internen Gonorrhoemittel, wie Balsam. Copaiv. oder Oleum Santal. ostind. oder Cubeben. Das Diosmal scheint in derselben Weise wie alle diese Harze und Balsame, deren Säure meist als Natronverbindung in den Harn übergeht, zu wirken.

Vor den genannten Mitteln hat unser Präparat den sehr grofsen Vorteil voraus, dafs es in allen meinen Fällen nicht wie die Balsamica so oft zu Darm- und Magenbeschwerden oder zur Bildung eines Erythems (Urticaria oder Purpura balsamica) den Anlafs gegeben hat. Dagegen hat es mindestens ebenso wie diese Mittel unterstützend auf die Besserung der Krankheit eingewirkt, indem der mit dem Mittel geschwängerte Harn überall auf die kranke Harnröhrenschleimhaut einzuwirken Gelegenheit findet.

Selbstverständlich habe ich aufser der Diosmalmedikation und der äufserlichen Anwendung des Ichthargan nicht unterlassen, den sämtlichen Patienten die bekannten diätetischen Mafsnahmen zu empfehlen und ihnen ein Suspensorium anzulegen.

In der Behandlung der chronischen Harnröhren-Gonorrhoe spielt ja die Darreichung innerer Mittel keine irgendwie bedeutende Rolle. Ich habe zwar auch in solchen Fällen die Anwendung des Präparates versucht, kann aber über irgendwelche Erfolge nichts mitteilen.

Dagegen hat sich das Diosmal bei der Cystitistherapie sehr gut bewährt, gleichgültig, ob die Krankheit gonorrhoischen Ursprungs war oder nicht. Das Mittel regt die Diurese in sehr schätzenswerter Weise an, und unter Einwirkung des Präparates sieht man den Eitergehalt des Harnes sich allmählich verringern bis zum Schwinden desselben.

Auch bei einigen Pyelitiden, Pyelonephritiden (davon ein Fall von Pyelonephritis calculosa) und Nephritiden glaube ich durch Darreichung der Diosmalkapseln symptomatische Besserungen erzielt zu haben.

Ein abschliefsendes Urteil über das neue und doch alte Mittel habe ich natürlich noch nicht gewinnen können. Ich würde mich freuen, wenn die Wirkung der Diosmal-Pillen und -Kapseln auch von anderer Seite eingehend geprüft, und wenn meine bisher günstige Beurteilung des Mittels von den Fachkollegen bestätigt würde.

Hamburg, den 30. August 1902.

Aus der dermo-syphilopathischen Klinik der königl. Universität Parma, geleitet von Prof. V. Mibelli.

Einige Worte als Entgegnung an Herrn Dr. DELBANCO in betreff der sogenannten Zelleneinschlüsse.

Von

Dr. M. Pelagatti.

Im Band XXXII, No. 4 (1901) *dieser Monatshefte* veröffentlichte ich vor nicht langer Zeit eine Arbeit über die sogenannten Zelleneinschlüsse der Riesenzellen beim Lupus. Es lag mir fern, auf den Gegenstand zurückzukommen, da ich dem von mir Gesagten nichts hinzuzufügen und nichts davon zurückzunehmen hatte. Ein Artikel jedoch des Freundes Dr. Delbanco, der kürzlich in *dieser Zeitschrift* erschienen ist (Zur Pathologie des elastischen Gewebes, Band XXXV, No. 2), nötigt mich, gegen meinen Wunsch und Willen mein Schweigen zu brechen, um meine Ansichten über die Natur und die Zusammensetzung der Zelleneinschlüsse zu verteidigen, welche nach meiner Meinung nicht so sehr der Begründung ermangeln, wie es Herrn Dr. Delbanco erschienen ist.

Wie der Leser leicht konstatieren kann, wenn er meine Arbeit liest, habe ich auf Grund chemischer Reaktionen und Färbung — denen freilich, wie ich als erster zugebe, nur ein relativer Wert zuzuschreiben ist —, die aber, so lange das Gegenteil nicht bewiesen, jedenfalls verdienen, in Erwägung gezogen zu werden — von der Zusammensetzung der Zelleneinschlüsse ausschliefsen zu müssen geglaubt: die Kalk-, Natron-, Kalium- und Magnesiumsalze, die Stärkekörperchen, die amyloiden Substanzen, die Proteinkörper, zu denen die Degenerationen, die Fette und die Seifen gehören.

Auch der Ansicht von Ssudakewitch, dafs die Zelleneinschlüsse degenerierte, elastische Fasern sind, auf denen sich Kalk abgelagert hat, kann ich nicht beistimmen, sowie nicht der von Róna, welcher meint, dafs nicht nur Kalk-, sondern auch Eisensalze sich in den Fasern niedergeschlagen haben — und das aus folgenden Gründen:

Vor allem enthielten meine Zelleneinschlüsse keine Kalksalze, also konnte man, logischer Weise, die rundliche Form, welche die Regel in den Zelleneinschlüssen ist, nicht der in konzentrischen Schichten erfolgenden Fällung dieser Salze zuschreiben; diese rundliche Form, wurde in keiner Weise durch die Wirkung der Lösungsmittel der kalkigen Salze verändert. Hiermit wurde mir das Element entzogen, durch welches ich mir hätte erklären können, wie die eingeschlossenen elastischen Fasern diejenige Form verloren hatten, welche doch den Faserfragmenten eigen ist. Die von mir untersuchten Zelleinschlüsse reagierten nicht auf die Färbung in der Weise, wie es den elastischen Fasern eigen ist, wenn sie mit saurem Orcein behandelt werden; denn in den mit saurem Orcein, polychromem Methylenblau, Orange oder Säurefuchsin oder gerbsäurehaltigen Lösungen von Wasserblau gefärbten Präparaten färben sich die Zelleneinschlüsse intensiv und in der Totalität blau, im Gegensatz zu den in den anderen Teilen des Gewebes zerstreuten elastischen Fasern, welche die dem Orcein eigene braune Färbung annahmen. Auch in den mit saurem Orcein, polychromem Methylenblau und Glycerinäther gefärbten Präparaten färbten sich die Zelleinschlüsse nicht ebenso wie die elastischen Fasern; zwar verloren sie durch die entfärbende Wirkung des Glycerinäthers das Blau, aber sie nahmen eine hellviolette Farbe an, die Folge einer Farbenmischung, eine Farbe, welche nichts mit dem Braun der umliegenden elastischen Fasern zu thun hatte. Als Erklärung dieser verschiedenen Verhaltungsweise in der Reaktion der Zelleneinschlüsse und der elastischen Fasern gegen die Wirkung der gleichen Färbesubstanz, konnte ich auch die von Ssudakewitch aufgestellte Hypothese zur Begründung seiner Annahme, dafs die eingeschlossenen Faserfragmente sich so verhielten, weil sie degeneriert seien, nicht annehmen. Erstens, weil sich die Zelleneinschlüsse bei weitem widerstandsfähiger gegenüber der auflösenden Wirkung der Mineralsäuren gezeigt hatten, als die elastischen Fasern in der Nähe der Riesenzellen, — und ich durfte bis zum Gegenbeweis daran zweifeln, dafs das Elacin widerstandsfähiger gegen die Säuren sei, als das Elastin.

Wie konnte ich zweitens die Thatsache, dafs der in der Riesenzelle befindliche Teil der elastischen Faser degeneriert sei, während der sich aufserhalb befindende unverändert sei (den Behauptungen Ssukadewitch zufolge), mit der Meinung der meisten Pathologen in Einklang bringen, welche annehmen, dafs der Riesenzelle eine konservierende oder mindestens

eine indifferente Kraft innewohnt, im Gegensatz zu den anderen umliegenden Entzündungsprodukten, welche eine zerstörende Kraft haben?

Konnte ich ferner, wie Freund Delbanco möchte, annehmen, dafs die Einschlüsse elastische Fasern seien, aus dem einfachen Grunde, weil Fragmente besagter Fasern sich im Innern irgend einer Riesenzelle finden können, und weil Ssukadewitch und Róna gesagt haben, sie hätten unter den vielen Zelleneinschlüssen einige gesehen, die noch aufserhalb der Riesenzelle unter der Form von elastischer Faser fortbeständen — eine Thatsache, welche weder ich noch Dr. Sprecher, der sich nach mir mit diesem Gegenstand beschäftigt hat, in hunderten von Präparaten haben konstatieren können —, wenn alle meine übrigen Untersuchungen diese Hypothese widerlegten?

Ein anderer Umstand, welcher mich abgeneigt machte, die Hypothese vom Ursprung der Zelleneinschlüsse aus elastischen Fasern anzunehmen, war der, dafs der Befund der Zelleneinschlüsse bei der Hauttuberkulose sehr selten ist; es kommt noch hinzu, dafs, so viel mir bekannt ist, die Gegenwart von Zelleneinschlüssen in der Unterleibstuberkulose und der anderer Körperteile, bei der sich auch Riesenzellen und elastische Fasern vorfinden, noch nicht festgestellt worden ist. Nun konnte ich mir keine Rechnung geben von diesem besonderen Verhalten der elastischen Fasern in einigen sehr seltenen Fällen, während die Ursachen, welche die Aufnahme der elastischen Fasern von seiten der Riesenzellen hervorrufen, nach meiner Meinung allen Fällen der Tuberkulose gemeinsam sein müfsten. Da hinzu füge man noch, dafs in allen Fällen von Lupus, Lepra, Paschachurda, Aleppobeule, in welchen die Zelleneinschlüsse gefunden worden sind, es sich um Fälle handelte, die mehr oder minder ausgedehnte Ulcerationen aufwiesen. Wie mag es zugehen, fragte ich mich, dafs bis jetzt nicht auch in nicht ulcerösen Fällen je Zelleneinschlüsse erwähnt worden sind, wo es für die elastischen Fasern so leicht ist, von den Riesenzellen aufgespeichert und in Einschlüsse verwandelt zu werden.

Hat Dr. Delbanco nicht bedacht, dafs der Umstand, dafs die Zelleneinschlüsse auf eine geringe Anzahl von Fällen beschränkt sind, womit noch zusammenfällt, dafs in allen eine ununterbrochene Solution stattfindet — die von mir aufgestellte Ansicht nicht so ganz unwahrscheinlich macht; die Annahme nämlich, dafs die Zelleneinschlüsse von aufsen herrühren, d. h. untergeordnete Pilze sind, die sich in dem ulcerierten Teil niederschlagen, von hier aus in die Gewebe eindringen und von den Riesenzellen aufgenommen werden, kraft der besonderen Neigung, welche den Riesenzellen innewohnt, alle Fragmente von Fremdkörpern, die auf irgend eine Weise in den Organismus eingedrungen sind, in sich aufzunehmen. Zu Gunsten dieser meiner Annahme spricht die

Form der Einschlüsse selbst, eine Form, die in ihren kleinsten Einzelheiten durch die Färbung mit Herxheimerschen Hämatoxylin und gelbem Blutlaugensalz hervorgehoben wird.

Hätte Freund Delbanco diese Färbemethode bei seinen Zelleneinschlüssen verwandt, so wäre vielleicht der Glaube an die elastischen Fasern in ihm erschüttert worden, und er hätte sich überzeugt, dafs die von ihm aufgestellte Hypothese von partiellen, ruckweise vor sich gehenden Anschwellungen durch Verquellung, mit relativer Ablagerung von Kalksalzen zwischen die verschiedenen, geschwollenen Strecken der elastischen Faser nicht genügt, um die Formen der Zelleneinschlüsse zu erklären, welche in den Figuren 1—2 und 6—7 der meiner ersten Arbeit beigegebenen Tafeln abgebildet sind; welche Figuren treu von Präparaten kopiert sind, Präparate, die ich zur Verfügung aller derjenigen stelle, welche sie zu sehen wünschen sollten. Das Vorhandensein von Eisen, welches auch ich angetroffen habe, stellt sich in keiner Weise meiner Ansicht von der vegetabilischen Natur der Zelleneinschlüsse entgegen, denn viele Microphyten speichern Eisen auf. Selbst das Vorhandensein von Kalksalzen, von mir nicht vorgefunden, aber von anderen, erhärtet jetzt meine Ansicht, denn vor kurzem ist eine Arbeit der Herren Charrin und Delamare erschienen (Origine parasitaire [Oospora] de certaines dégénérescences calcaires et de quelques dystrophies ossenses) in welcher erwiesen wird, wie Pilze von aufsen in gewisse eiternde oder entzündete Neubildungen eindringen und unter gegebenen Umständen darin Kalksalzablagerungen erzeugen, deren Ursprung man sich bis jetzt nicht zu deuten wufste.

Ich nehme die Gelegenheit wahr, um auf zwei Einwürfe zu entgegnen — immer die Zelleneinschlüsse betreffend —, welche von Dr. Sprecher gegen mich erhoben werden. Was die verfehlte Reaktion der Cellulose betrifft, so kann dieselbe, nach meinem Dafürhalten, nicht gegen die von mir verfochtene Ansicht ins Feld geführt werden, denn, und Herr Dr. Sprecher, der mir diesen Einwand macht, wird dies zuerst zugegeben, diese Reaktion ist nicht einmal in den auf die Hygiene angewendeten mikro-chemischen Untersuchungen konstant, wo doch das reichliche Material gestattet, wiederholte Versuche zu machen. Was mich betrifft, so kann ich über die Reaktion der Cellulose sagen, dafs ich zwecks Vergleichung Kulturen von Trichophyton und Favus, und Fragmente von Actinomycose mit Lugolscher Lösung und einer Wasserglycerinschwefelmischung behandelte mit dem Reagens von Schweizer und anderen, ohne je ein positives Ergebnis erlangt zu haben. Auf den zweiten Einwand, den Dr. Sprecher mir macht, nämlich, dafs, wenn es sich um Hyphomyceten-Phagocyten der Riesenzelle gehandelt hätte, man doch mal einen aufserhalb der Riesenzelle inmitten des Gewebes hätte

erwischen müssen, habe ich nichts anderes zu erwidern, als das, was auf der ersten Seite meiner Arbeit geschrieben steht, nämlich folgendes:

„Dem Beispiele anderer folgend, will ich diese Körperchen Zelleneinschlüsse nennen, obwohl mir diese Bezeichnung gar nicht passend erscheint, da es gar nicht selten vorkommt, dafs einige von ihnen in den Zellenzwischenräumen und ganz unabhängig von den Riesenzellen auftreten."

Übrigens komme ich zum Schlufs. Es scheint mir, dafs nach dem Stande der Dinge, der gemachten Erfahrungen und Beweisführungen nicht Grund genug für mich vorliegt, um meine, unter Vorbehalt ausgedrückte Ansicht über den Gegenstand zu ändern, trotz der besonderen Achtung vor dem Urteil meines verehrten Freundes und kompetenten Kollegen, des Dr. Delbanco. Ich erkläre jedoch, dafs, falls man mir die Ergebnisse neuer Forschungen und neuer Beweisführungen unterbreiten sollte, die dazu dienen, meine Ansicht zu entkräften oder ungültig zu machen, ich als erster nicht anstehen werde, dies so offen als freimütig zu gestehen.

Fachzeitschriften.

Dermatologisches Centralblatt.

1902. No. 11.

Ein statistischer Beitrag zur Prophylaxe der geschlechtlichen Krankheiten, von R. Loeb. Als Prophylactica der Blennorrhoe hat Verfasser in den letzten Jahren drei Verfahren angewendet:

1. 20% wässerige Protargollösung mit oder ohne Glycerinzusatz;
2. 2% Argentum nitricum-Lösung;
3. 2% Argentum nitricum in 2% Cocainum nitricum-Lösung m.

Die erste Gruppe umfafst 45 Fälle mit 5 negativen Resultaten, d. h. mit 5 Infektionen. 7 mal war der Schmerz so grofs, dafs die weitere Anwendung verweigert wurde, 3 mal eine profuse Eiterung ohne Gonokokken, die einmal sogar fast 3 Wochen währte. — Die zweite Gruppe hat 32 Fälle mit 2 Infektionen zu verzeichnen; 5 mal trat profuse Eiterung, 4 mal starker Schmerz nach der Applikation ein. — Die besten Ergebnisse gab die kombinierte Anwendung von Argentum nitricum und Cocain; dabei kamen unter 33 Fällen einmal eine Infektion vor, nur einmal war der Schmerz sehr grofs, nur in 3 Fällen trat erhebliche Eiterung ein. Letzteres Verfahren erscheint dem Verfasser als das rationellste. Wo die Prophylaxe nicht gleich nach dem Coitus ausgeübt werden kann, soll man 5,0 und mehr von der gemischten Lösung injizieren. — Die Syphilisprophylaxe scheint dem Verfasser unsicherer. Er liefs 47 mal eine lokale Inunktion machen. Dieselben wurden bei fehlendem Praeputium gut vertragen; wenn solches vorhanden war, gab es oft Reizerscheinungen. 2 mal erfolgte trotz der prophylaktischen Inunktion eine luetische Infektion. Deshalb empfiehlt Verfasser, wie Joseph, vorherige Einfettung des Gliedes und nachherige Sublimatdesinfektion. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Dermatologische Zeitschrift.
Band IX. Heft 4. 1902.

I. **Über einen bisher unbekannten Nebenapparat am Haarsystem des Menschen: Haarscheiben**, von Felix Pinkus-Berlin. Vorwiegend bei Erwachsenen, namentlich jungen Leuten, die zwischen dem 18. bis 30. Lebensjahre stehen und eine deutlich pigmentierte, kurze Lanugo tragen, sieht man an der Beugefläche des Vorder- und Oberarmes, auf der Haut des Rumpfes, in geringerem Grade auch an anderen Körperstellen, bei guter Beleuchtung kleine, glitzernde, flache, runde scharf abgegrenzte Knöpfchen oder Scheibchen dicht neben dem Austritt der Lanugohärchen liegen, Anspannung der Haut zwischen zwei Fingern läfst die Scheibchen deutlicher hervortreten. Man bemerkt dann, dafs sie hinter dem Haar, d. h. in dem vom Haarschaft und der Hautoberfläche gebildeten spitzen Winkel liegen, zuweilen mit dem Trichter des Haarfollikels zusammenfallend, meistens aber von ihm durch eine kleine Furche getrennt. Bei Frauen und Kindern sind die Knötchen, wenn auch in geringerer Zahl und kleiner, ebenfalls vorhanden.

Mikroskopisch erweisen sich diese Scheibchen als eigentümliche Veränderungen der Epidermis. „Die Oberseite einer Scheibe erscheint leicht gewölbt bis nahezu plan; die Unterseite des Rete zeigt geringere Zapfenbildung als die Umgebung. Sie ist meistens von einem auffallend hohen Cylinderepithel gebildet, welches sich ganz scharf von der Umgebung absetzt. Sie senkt sich in vielen kleinen konischen Spitzen, die kaum länger sind, als die Cylinderzellen selbst, in die Cutis hinab. Hier und da ist ein breiterer, stumpfer Retezapfen auf diesem Feld vorhanden. Diese eigentümliche Epithelveränderung ist durch die Art der Zellen bereits scharf von der Umgebung abgesetzt; noch deutlicher wird die Grenze dadurch, dafs die ganze Scheibe von einem konischen Epithelwall umgeben ist. Dieser mit der Basis der Unterseite der Epidermis aufsitzend, schnürt mit dem freien unteren Ende eine Partie des oberflächlichen Coriums knopfförmig ab."

Verfasser erörtert sodann die Frage, ob die Gebilde als normal oder pathologisch anzusehen sind. Er gelangt dazu, sie als normale Bestandteile der menschlichen Oberhaut und hinsichtlich ihrer Bedeutung als zu dem Entwickelungsanstofs gehörig zu betrachten, welcher um die Zeit der Pubertät die Haare und das ganze Integumentum commune erhält, und der in höherem Grade das männliche Geschlecht trifft. Hiernach wäre die Haarscheibe in der Art ihrer Entstehung mit dem Bartwuchs, der Körperhaarentwickelung in eine Reihe zu stellen.

II. **Quecksilbervergiftung mit tötlichem Ausgange nach Einspritzungen von Hydrargyrum salicylicum**, von R. Neubeck-Berlin. Eine 39jährige Frau, infiziert von ihrem Manne, erkrankte Weihnachten 1901 mit sekundär-luetischen Erscheinungen. Am 3. Januar 1902 bekam sie 0,5 ccm einer Suspension von Hydrargyrum salicylicum 3,0 in Paraffin. liquid. 30,0 intramuskulär eingespritzt, am 7. und 11. Januar je 1,0 ccm derselben Lösung. Nach der letzten Einspritzung war das syphilitische Exanthem verschwunden. Die Patientin fühlte sich aber sehr matt, bekam Durchfälle, worauf weitere Injektionen fortgelassen und Opium verordnet wurde. Am 2. Februar, also drei Wochen nach der letzten Einspritzung, traten an den Händen, an Brust und Rücken und im Gesicht scharlachähnliche, hellrote, juckende Erythemflecke auf, welche durch Konfluenz grofse Plaques bildeten. An einigen Stellen zeigten sie sich quaddelartig erhaben.

Als Verfasser die Patientin am 4. Februar in Behandlung bekam, hatte das Erythem weite Strecken diffus befallen. Nirgends war Schuppung zu sehen. Das Jucken war gering. Floride, syphilitische Erscheinungen waren nicht mehr vorhanden.

Im Munde fand sich eine mäfsige, stomatitische Reizung des Zahnfleisches. Die häufigen Durchfälle waren wässrig, mit einzelnen Flocken vermischt und sehr übelriechend. Der Urin reagierte sauer und enthielt geringe Mengen Eiweifs, im Sediment Epithelien und granulierte Cylinder. Die Körpertemperatur betrug am Abend nach der Aufnahme der Patientin 38,2°, am am anderen Morgen 39,1°. Unter der Behandlung ging die Temperatur herunter, die Zahl der Stühle wurde geringer. Eine im chemischen Laboratorium des Prof. Salkowski vorgenommene Untersuchung des Urins auf Quecksilber ergab ungewöhnlich grofse Mengen, wie sie dort nie zuvor bei Quecksilberkuren nachgewiesen worden sind. Es war somit zweifellos, dafs man es mit einer Quecksilberdysenterie des Dickdarms und einem Quecksilbererythem zu thun hatte. Völlig gesichert war die Diagnose, als am 12. Februar eine grofslamellöse Abschuppung begann, wie sie gerade für Quecksilberexantheme charakteristisch ist.

In den letzten Tagen des Februar verschlimmerte sich in sehr bedenklicher Weise wieder der Zustand der Patientin. Die Temperatur stieg auf 39°—39,5°, die Pulsfrequenz auf 140—160 Schläge. Bei einer genauen Untersuchung wurden gangränöse Geschwüre im Rectum, Perforation desselben in die Vagina und ausgedehnte Gangrän der Scheidewände konstatiert. Unter zunehmender Herzschwäche trat am 9. März der Exitus letalis ein.

Bei der Sektion fand sich unter anderem dicht unter der Fascie des Glutaeus maximus links ein taubeneigrofser Abscefs mit weifslich-schmierigem Inhalt. Zwei gleiche Abscesse von der Gröfse einer Hasel- und einer Walnufs wurden mitten in der Muskulatur des Glutaeus maximus rechts gefunden. Die mikroskopische Untersuchung ergab, dafs der Inhalt dieser Abscesse aus einer strukturlosen, scholligen Masse bestand, in welche kleine unregelmäfsige, dunkle Körner (vielleicht Quecksilberkügelchen) in geringer Menge eingestreut waren. Innig mit dieser Masse vermischt bemerkte man wachsartig degenerierte, fragmentierte, nekrotische Muskelfasern. Im Centrum sah man gröfsere und kleinere Hämorrhagien. — Chemisch konnte im Gewebe und in den Abscessen kein Quecksilber nachgewiesen werden.

Aus dem Befunde in den Glutaeis erklärt sich vielleicht die Ursache des ungewöhnlich späten Auftretens des Quecksilbererythems. Man mufs annehmen, dafs in der Resorption eines der am 3., 7. und 11. Januar angelegten Quecksilberdepots aus einem unbekannten Grunde eine Unterbrechung eingetreten war, und dafs nach einer längeren Pause aus einer ebenso unbekannten Ursache aus dem Depot wieder eine Quecksilberresorption stattfand und anhielt. Äufserlich konnte man auf das Vorhandensein eines solchen Depots schliefsen, da man bei der Patientin in der linken Glutaealgegend durch Aufheben einer grofsen Falte eine etwa enteneigrofse, nicht scharf abgegrenzte Infiltration durchfühlte.

Der Verfasser bespricht eingehend an der Hand der einschlägigen Litteratur die im vorliegenden Falle konstatierten, auf eine Quecksilbervergiftung zurückzuführenden Erscheinungen.

Als begünstigende Momente für das Zustandekommen der schweren Intoxikation möchte Verfasser annehmen die schwächliche und durch die wochenlang anhaltenden Durchfälle noch mehr geschwächte Konstitution der Patientin, die gestörte Ausscheidung des Quecksilbers durch den Darm, vielleicht auch eine vorliegende relative Idiosynkrasie gegen das Metall. Als Hauptursache der Intoxikation mufs jedoch die herabgesetzte, zeitweilig ganz unterbrochene Resorption des Quecksilbers aus einem der Depots und dann die plötzliche kumulative Massenaufnahme des Metalles aus diesem Depot angesehen werden. Hieraus ergiebt sich bei Einspritzungen unlöslicher Quecksilbersalze die Gefahr der Einverleibung eines gröfseren Quecksilberdepots tief in den Muskeln. Treten Vergiftungserscheinungen auf, „so kann man sich", wie

Runeberg richtig bemerkt, „wohl kaum eine peinlichere Situation denken als die, in welcher der Arzt sich unter solchen Umständen befindet. Er sieht, wie das Mittel, welches er im Organismus deponiert hat, Tag für Tag resorbiert wird, er sieht, wie jeder neue Zuschuſs dem Kranken verderbenbringend wird, und kann dabei nichts thun, um das von ihm veranlaſste Unglück abzuwenden". Es bliebe nur übrig, wie Winternitz in solchen Fällen verlangt, durch einen chirurgischen Eingriff das Quecksilberdepot aufzusuchen und durch Exstirpation oder Auslöffelung zu entfernen. Verfasser weist im folgenden aus der einschlägigen Litteratur darauf hin, daſs auch bei anderen Quecksilberkuren Vergiftungserscheinungen aufgetreten sind.

III. **Eine neue Behandlungsmethode der Blennorrhoe**, von Albert Markus-München. Es ist eine bekannte Thatsache, daſs der Gonococcus-Neisser seine Vermehrungsfähigkeit nur innerhalb der Temperaturgrenzen von 24—39° C. bethätigen kann. 36° C. dürfte für ihn das Wärmeoptimum sein. Auf Grund seiner Beobachtungen hat Verfasser folgende Tabelle aufgestellt:

Temperatur	Dauer der Einwirkung.	Keimfähigkeit der Kulturen negativ
39° C.	18 Stunden	„
40° „	6½ „	„
41° „	2¾ „	„
42° „	1 Stunde	„
43° „	25 Minuten	„
44° „	10 „	„
45° „	bei Durchwärmung	„

An fiebernden Leuten mit einer Temperatur zwischen 39° und 40° C. hat Finger ohne positives Ergebnis Gonococcusimpfungen vorgenommen. Bekannt ist auch, daſs eine Blennorrhoe bei fieberhaften Komplikationen versiegen kann.

Von diesen und anderen Thatsachen ausgehend hat Verfasser seinen sogenannten patentierten „Schleimhautwärmer" konstruiert, der in die Harnröhre eingeführt, durch Elektricität erwärmt wird und an dem Erkrankungsherde gleichsam ein „lokales Fieber" erzeugt.

Der Apparat sowohl, wie die Methode seiner Anwendung werden ausführlich beschrieben. Man läſst den Patienten zunächst urinieren, reinigt gründlich Orificium und Eichel, taucht das sterilisierte und an die elektrische Leitung angeschlossene Instrument in steriles Öl und führt es langsam und vorsichtig in die Urethra ein. Man nimmt besser zuerst einen kleinkalibrigen und schon etwas erwärmten Apparat, um die geschwellte Schleimhaut nicht zu reizen und den Temperaturkontrast nicht gar zu merklich fühlen zu lassen. Der Patient empfindet dann nur ein Kitzelgefühl; an stärker entzündeten Stellen stärkeres Kitzeln, aber keinen Schmerz. Jetzt wird der Strom eingelassen, jedoch allmählich nur in der Temperatur und zwar in zwei Minuten um höchstens 1° C. steigend. Sobald der Patient die Wärme unangenehm empfindet, geht man um 2°—3° C. zurück und läſst die Temperatur 45°—38° C. zunächst ½—1—1½ Stunden einwirken. Nach Ablauf der für die Sitzung bestimmten Zeit läſst man die Wärme wieder langsam abklingen; der Abstieg kann etwas schneller vor sich gehen, als der Anstieg. Das vorsichtig aus der Harnröhre entfernte Instrument zeigt nur sehr wenig Eiter. Selbst bei der akutesten Blennorrhoe ist die während der Sitzung stattgehabte Sekretion eine äuſserst geringe. Die rapide Sekretionsbeschränkung, welche die Behandlung bewirkt, verhindert das Fortschreiten des Prozesses auf die hintere Harnröhre. Es gelingt die Blennorrhoe durch Abtöten der Gonokokken zu lokalisieren.

In 20 Fällen mit erster, akuter Blennorrhoe anterior wurde die Wärmebehandlung durchgeführt. Schon nach einmaliger Anwendung des Apparates wurden alle subjektiven Beschwerden wesentlich gemildert. Das Sekret wurde im Laufe der Behandlung geringer, dünnflüssiger, Rötung des Orificiums, die Schwellung und Entzündung der Schleimhaut nahmen ab, die Gonokokken wurden immer weniger und verschwanden. Die Dauer der Wärmeeinwirkung richtete sich stets nach der Intensität des Entzündungsprozesses. Täglich wurden zwei Sitzungen von circa 30 bis 40 Minuten Dauer unter zumeist 55° C. abgehalten.

Die durchschnittliche Heilungsdauer betrug circa acht Tage; Verfasser glaubt jedoch, dieselbe noch ganz bedeutend herabsetzen zu können.

Wo der Apparat käuflich zu erwerben ist und sonstig Wissenswertes über die Methode erfährt man direkt vom Verfasser. (München, Karlsplatz 6.)

IV. **Über präputiale Schleimhautgänge mit Littréschen Schleimdrüsen und deren blennorrhoische Erkrankung**, von J. Fick-Kegel (Rufsland). Nach einer kritischen Durchsicht der einschlägigen Litteratur beschreibt Verfasser mehrere Fälle aus dem Ambulatorium von Prof. Ehrmann und teilt sehr ausführlich die bei zwei Patienten gemachten histologischen Befunde mit.

Im ersten Falle zeigte der 32jährige Patient an der unteren Fläche des Präputiums ein etwa 1 cm langes, scharf abgegrenztes Knötchen, an dessen Oberfläche ein eitriger Punkt zu sehen war. Der Urin ist klar, ohne Fädchen. Patient will nie einen Ausfluſs aus der Harnröhre wahrgenommen haben. Die klinische Diagnose lautete auf „Folliculitis". Das Knötchen wurde, da solche Follikulitiden schwer zu heilen pflegen, in toto exstirpiert und histologisch untersucht. Es handelte sich im vorliegenden Falle „um einen an seinem peripheren Ende einfachen, an seinem centralen Ende vielfach verzweigten Hohlgang, welcher zum gröfsten Teile mit mehrschichtigem, der Horn- und Keratohyalinschicht entbehrenden Pflasterepithel, zum weit geringeren Teile mit Cylinderepithel ausgekleidet ist". In manchen Schnitten fanden sich ganz normale Talgdrüsen vor. Unbestimmt bleibt es, ob die Erkrankung des paraurethralen Ganges eine blennorrhoische oder von anfang an isolierte gewesen ist. Für letztere Annahme spricht die Anamnese und der negative Befund einer blennorrhoischen Entzündung der Harnröhre.

Die histologischen Bilder im zweiten Falle sind denen des ersten Falles analog. Man findet hier ebenso wie dort einen in seinem peripheren Anteil einfachen, in der Tiefe aber sehr ausgiebig verzweigten, überall mit mehrschichtigem Pflasterepithel ausgekleideten Hohlgang. Gonokokken sind ebenso wie dort nur in geringerer Menge auch hier vorhanden. Den Hohlgang umgiebt ein vorwiegend aus Unnaschen Plasmazellen bestehendes Infiltrat. Die Gefäfse in der Umgebung sind scheidenartig von einem Rundzelleninfiltrat eingeschlossen. Aufser dem paraurethralen Gange und seinen Verzweigungen sieht man kleine, verzweigte, mit einschichtigem hohen Cylinderepithel ausgekleidete Hohlräume, die untereinander und auch mit jenem Gange kommunicieren. Es unterliegt keinem Zweifel, dafs es sich bei denselben um eine echte verzweigte tubulöse Drüse, vielleicht um eine versprengte Littrésche Drüse handelt, die den Schlufs nahe legt, dafs der präputiale Hohlgang aus versprengten Anteilen der Urethralanlage entstanden ist und mit der Urethra in Analogie zu setzen wäre. Er wäre als eine kleine Harnröhre aufzufassen, die eine Littrésche Drüse aufgenommen hat; seine vielfachen Ausbuchtungen würden den Morgagnischen Taschen der Urethra entsprechen. Diese Auffassung deckt sich im wesentlichen mit der von Róna entwickelten Anschauung über die Genese der paraurethralen Gänge.

V. **Die mikroskopische Technik im Dienste der Dermatologie**, von R. Ledermann und S. Blanck. Im vorliegenden Abschnitte rekapitulieren die Ver-

fasser aus der einschlägigen Litteratur die Färbemethoden für Bakterien und zwar zunächst die allgemeinen, dann die speziellen Methoden der Färbung der Mikroorganismen im Hautgewebe, der Unnaschen Ekzemkokken, der Trichorrhexis-Mikroorganismen, der Ulcus-molle-Bacillen und des Gonococcus. (Schluſs folgt.)

C. Berliner-Aachen.

Monatsberichte für Urologie.

Band VII. Heft 8.

Trichomonas vaginalis in der weiblichen Harnblase, von Paul Baatz. Protozoen im Harn sind zuerst von Hassal gefunden und als Bodo urinarius bezeichnet. Von diesen wie von denen, die Barrois, Künstler, Salisbury beschreiben, ist es aber durchaus wahrscheinlich, daſs sie erst auſserhalb der Blase in den Harn gelangt sind. Dagegen sind Amöben in der Blase von Baelz, Jürgens, Posner sicher konstatiert. Ein drittes Protozoen, „Trichomonas vaginalis", ist im Harn wiederholt gefunden, jedoch entstammte es wahrscheinlich stets der Harnröhre. Verfasser berichtet nun über einen Fall, bei dem der in der Vagina so häufige Parasit mit Sicherheit in der weiblichen Blase gefunden wurde. Es handelte sich um eine Gravida mit Erscheinungen eines Blasenkatarrhs; der mit allen Kautelen der Blase entnommene Harn enthielt zahlreiche Infusorien mit lebhafter Geiſselbewegung. Spülungen mit Borsäure, Kali hypermanganicum, Soda, Sublimat bewirken Besserung, aber keine völlige Beseitigung der Parasiten, welche augenscheinlich aus der Vagina durch die Urethra in die Blase eingewandert waren. Dieselben sind birnförmig, eiförmig, rund, mastförmig oder unregelmäſsig, meist 1½—3mal so groſs wie die weiſsen Blutkörperchen. Die birnförmigen Tierchen zeigen am spitzen Ende einen schwanzartigen Anhang, die anderen einen kurzen, stachelartigen Ausläufer. Der Zellleib ist homogen oder kleinkörnig und dann vakuolenhaltig. Ein Kern ist selten erkennbar. Von der Peripherie nach dem Centrum geht am Vorderende eine spaltförmige Öffnung. Am Vorderende sitzen drei fadenförmige, spitze Geiſseln, die bei lebensfrischen Tieren sich lebhaft bewegen. Die Bewegung wird durch Erwärmung lange unterhalten. Eine undulierende Membran verläuft von den Geiſseln an einer Körperseite entlang, ⅓—⅔ so lang wie das ganze Tier. Die Welle der Membran verläuft von vorne nach hinten; nach der Seite der undulierenden Membran schlagen die Geiſseln hin. Als dritte Bewegungsart sieht man amöbide Bewegungen durch Wechsel der Körpergestalt. — Verdünnte Essigsäure mit nachfolgender Methylenblaufärbung läſst die Kerne deutlich hervortreten. — Klinisch machte das Leiden lebhaft brennenden Schmerz in der Blasengegend ohne vermehrten Harndrang.

Über einen Fall von Hämaturie, hervorgerufen durch Kontusion der Harnblase, von B. N. Cholzow. Ein bis dahin ganz gesunder Mann entleerte, als er nach einem, totaler Trunkenheit folgenden Schlaf erwachte, blutigen Urin. Die sehr starke Hämaturie konnte nur der Blase entstammen. Der Verdacht auf Blasenruptur fand bei der Probelaparotomie keine Bestätigung. Die Blutung hörte in wenigen Tagen auf. Die nachher vorgenommene Cystoskopie ergab keine pathologische Veränderung. Verfasser nimmt demnach als Ursache der Hämaturie eine durch Kontusion in der Trunkenheit erworbene partielle Harnblasenruption an.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Journal des maladies cutanées et syphilitiques.

1902. Heft 5—6.

Sekundäre Syphilis mit Hysterie, Polydipsie und Polyurie, von H. Malherbe-Nantes. Das Auftreten von Polydipsie im Verfolg der sekundären Syphilis ist eine seltene Erscheinung, noch seltener, wenn sie bei einer Frau zur Beobachtung kommt. Einen solchen Fall teilt M. mit. Bei der 23jährigen Patientin, die seit einiger Zeit syphilitisch war, bestand neben hysterischen Symptomen und einer Dermographie ein ausgesprochener Diabetis insipidus, indem bis zu 14 Liter Harn täglich entleert wurden. Die Prognose dieses hystero-syphilitischen Symptoms wird von dem Verfasser im allgemeinen als günstig bezeichnet. Es ist zu verwundern, dafs über den Ausgang des vorliegenden Falles, der im Jahre 1893 zur Beobachtung kam, nichts berichtet wird.

Ein weiterer Fall von Parakeratosis variegata, von J. Méneau. Diese von Unna 1890 aufgestellte Krankheitsform wird neuerdings von Brocq (*Annales de Derm. et de Syph.* 1902. Heft 5) zur Varietät einer gröfseren Gattung, die er Parapsoriasis nennt, gestempelt.

Der vorliegende Fall betraf einen jungen Menschen, der seit elf Jahren an dieser Dermatose litt. Sie hatte ihren Sitz an den Schultern und Oberarmen, Gesäfs und Oberschenkeln und bestand aus rotbraunen Flecken von 1—6 cm Gröfse und rundlicher Form. Diese lagen in der Haut, die nirgends infiltriert oder hart, vielmehr überall weich und elastisch war. Es bestand kaum Desquamation, Jucken nur da, wo die Haut sich an den Kleidern scheuerte. — Dieser Ausschlag hatte sich während der Zeit seines Bestehens in keiner Weise geändert.

Ein interessanter Fall von Alopecie, von G. Lévy-Paris. Dieser Fall ist in mehrfacher Weise ausgezeichnet. Die Alopecie erscheint bei einem stark nervösen und arthritischen Mann nach einer heftigen Gemütserschütterung; es bilden sich auf der Kopfhaut und im Bart verschiedene kahle Stellen. Gleichzeitig aber fangen die übrigen Haare teilweise an zu bleichen und auf der Haut des ganzen Rumpfes entstehen zahlreiche Vitiligoflecke. Der Haarschwund tritt auch bei der gleichfalls nervösen Frau des Patienten nach der nämlichen Gemütserregung auf; hier sind auch die Augenbrauen befallen, aber es kommt nirgends zur Bildung kahler Stellen. — Besserung sämtlicher Symptome durch Brom, Valeriana, Arsenik und andere Mittel.

Ein Fall von Hidradenoma eruptivum, von A. Chatin und M. Druelle. Von dieser seltenen Dermatose sind bis jetzt ungefähr 25 Fälle veröffentlicht. Von den einzelnen Autoren werden ihr die verschiedensten Namen beigelegt, so nennen Unna und Török sie Syringo-Cystadenoma.

Im vorliegenden Fall safs der Ausschlag ausschliefslich auf Brust- und Bauchhaut, das Gesicht war ausnahmsweise verschont. Die einzelnen Elemente bestanden aus bis erbsengrofsen Papeln von rundlicher Form und rotgelber Farbe. Der Patient, ein 28jähriger Mensch, gab an, den Ausschlag seit seinem 5. Lebensjahre zu besitzen und in keiner Weise davon belästigt zu werden.

Akrokeratodermia hereditaris et familiaris, von Audry und Laguerre. Die bekannte Anomalie, die bei einem 66jährigen Manne beobachtet wurde, liefs sich durch vier Geschlechter beobachten. Im vorliegenden Fall waren die Palmarflächen der Hände und Finger sowie die Plantarflächen der Füfse und Zehen betroffen. Hyperhidrose fehlte, die Jahreszeiten hatten keinen Einfluss auf das Leiden, Patient fühlte sich davon so gut wie gar nicht belästigt.

Ein Horngewächs am Augenlid eines Kindes, von Audry und Dalous. Dieses Horngewächs bestand seit mehreren Jahren auf dem unteren rechten Augenlid bei einem 9jährigen Kinde. Es war ungefähr 3 mm lang und bestand aus vier kleinen Säulen, die jede ihre Selbständigkeit gewahrt hatten, im übrigen sich in nichts von

den senilen Horngeschwülsten unterschieden. Das einzige Interessante des Falles bestand nur in der Jugend des betroffenen Individuums.

Von der Herkunft der venerischen Krankheiten, von Ch. Audry. Eine kleine statistische Arbeit, zusammengestellt aus dem Material der Toulouser Klinik. A. weist nach, dafs weit über 50% seiner Klientel seinen Tripper, seinen Schanker oder seine Syphilis sich im Verkehr mit der sittenpolizeilich überwachten Prostitution geholt habe, dafs diese Überwachung demnach mangelhaft und verbesserungsbedürftig sei.

Hyperkeratosis circumscripta bei einem mit Syringomyelie behafteten Menschen, von Audry und Dalous. Patient erwarb sich frühzeitig durch Tragen schwerer Lasten einen Gibbus; dazu gesellte sich im 17. Lebensjahre Hyperkeratose der Finger, wodurch ein Berufswechsel erforderlich wurde. Die Erscheinungen an den Fingern bildeten sich darauf aber nur teilweise zurück. Zur Zeit der Untersuchung, als er 22 Jahre alt war, bestanden neben Skoliose und Kyphose und dem Hautleiden auch noch deutliche Zeichen von Syringomyelie. — A. hält es für möglich, dafs in Fällen, wie diesem, Hautreiz und Syringomyelie zusammenkommen mufsten, um die Hyperkeratose zu erzeugen.

Die Wandung einzelner blennorrhoischer Abscesse des Penis, von Ch. Audry. Abszesse des Penis im Verlauf des Trippers sind im ganzen eine recht seltene Erscheinung und bleiben nach A. beim Janetschen Verfahren ganz aus. Bis jetzt hat man ihre Entstehung immer aus vereiterten Follikeln angenommen. Doch teilt A. in dieser Abhandlung einen Fall mit, wo sich bei der mikroskopischen Untersuchung herausstellte, dafs die Abscefshöhle von einem Harnröhrendivertikel gebildet wurde. Derartige Divertikel, wie das hier eingehend beschriebene, hält A. für Dermoidcysten der Urethra.

Statistik über 1077 Blennorrhoen, die nach der Methode von Janet behandelt wurden, von Florence-Toulouse. Das Material stammt aus der Toulouser Klinik und verteilt sich auf acht Jahre. — 25% dieser Fälle heilten innerhalb 10 Tagen, 53% innerhalb 20 Tagen, der Rest erforderte eine Heilzeit bis zu 60 Tagen. Einmal kam es dabei zu einer Epididymitis, einmal zu einer extraperitonealen Ruptur der Blase und einmal zu einem oberflächlichen Einrifs der Blasenschleimhaut. In allen drei Fällen erfolgte völlige Heilung. *Türkheim-Hamburg.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1902. Heft 5—7.

Über Parapsoriasis, von L. Brocq. Unter Parapsoriasis versteht B. eine Gruppe von Dermatosen, die sich zwischen Psoriasis, Lichen planus und Pityrias rubra benigna einschieben und den Übergang von einer dieser Formen zur anderen bilden. Diese Dermatosen sind als solche schon bekannt und in der Litteratur unter verschiedenen Namen beschrieben. Es ist das Verdienst B.s, sie in der vorliegenden Arbeit unter einem neuen Gesichtspunkt zusammenzufassen. Gemeinsam ist ihnen allen ihre lange Dauer, das fast gänzliche Fehlen von Pruritus und die Oberflächlichkeit der pathologischen und histologischen Veränderungen. Diese bestehen in verschieden starker Hautrötung und pityriasisartiger Abschuppung einerseits, in Rundzelleninfiltraten um die erweiterten Papillargefässe, Abplattung und Schwund der Papillen, in starkem Ödem von Cutis und Epidermis, fast völligem Schwund der Keimschicht neben Ödem der Körnerschicht andererseits.

B. unterscheidet drei Varietäten seiner Parapsoriasis; die erste nennt er Parapsoriasis en gouttes; sie besteht aus kleinen, vereinzelten, makulösen oder papulosquamösen Elementen und entspricht ungefähr der Dermatitis psoriasiformis nodularis

von Jadassohn. — Die Parapsoriasis lichenoides steht zwischen der Psoriasis und dem Lichen planus. Ihr Grundelement bilden pseudo-papulöse, bald flach und glänzend, bald atrophisch aussehende Knötchen, die sich zu unregelmäfsigen Netzen und Plaques vereinigen. Diese Gruppe ist von Unna als Parakeratosis variegata, von Radcliffe Crocker als Lichen variegatus beschrieben. — Als dritte Varietät endlich wird die Parapsoriasis en Plaques aufgeführt; sie verbindet die Psoriasis mit den Seborrheiden und besteht aus umschriebenen Plaques von 2—6 cm Durchmesser und wechselnder Abschuppung; sie ist identisch mit Brocqs érythrodermies pityriasiques en plaques disséminées. — Sämtliche Formen sind der Behandlung sehr schwer zugänglich, am nützlichsten hat sich noch eine 10%ige Pyrogallussäure mit Zusatz von 2½% Acid. salicyl erwiesen.

Das Cylindrom der Haut, von Dalous-Toulouse. Das Cylindrom ist zuerst in Deutschland beobachtet und beschrieben worden. Billroth hat der seltenen Neubildung diesen Namen gegeben. Aber während Billroth und die meisten übrigen Forscher annahmen, das Cylindrom sei endothelialen Ursprungs, hat Malassez 1883 seine Herkunft vom Epithel ziemlich sicher erwiesen. Nach diesem Forscher handelt es sich beim Cylindrom um ein Epithelioma mit spezifischen Eigenschaften. Das Stroma der Neubildung besteht aus fibrösem Bindegewebe mit oder ohne hyaline Umwandlung. In diesem Stroma eingebettet befinden sich teils Haufen anastomosierender Cylinderzellen, teils von Bindegewebszügen durchsetzte alveoläre Massen, teils endlich durchscheinende Massen, die entweder vollkommen hyalin oder ganz feinkörnig sind.

Einen Tumor, der dieser Beschreibung entsprach und der innerhalb zehn Jahren bis zur Gröfse eines halben Handtellers gewachsen war, hatte D. Gelegenheit, von der Kopfhaut eines 70jährigen Mannes zu entfernen.

Die Frage, ob schon von anderen Autoren Cylindrome unter einer anderen Bezeichnung beschrieben seien, ist Verfasser geneigt, auf Grund einer kritischen Sichtung der einschlägigen Litteratur, zu verneinen.

Multiple, gutartige Epitheliome der Kopfhaut, von W. Dubreuilh und B. Anché. Diese Abhandlung befafst sich mit demselben Gegenstand wie die vorhergehende. Aber während Dalous mehr die geschichtliche Seite und die nosologische Stellung des Cylindroms im Auge hatte, verweilt die vorliegende Arbeit mit breiter Ausführlichkeit bei der histologischen Anatomie und der Symptomatologie der Neubildung. Als Cylindrom wird diese von den Verfassern nicht angesprochen; wohl aber vertreten auch sie den Standpunkt, dafs der Tumor nicht zu den Endotheliomen, sondern zu den Epitheliomen gehöre. Als Behandlung sei einzig die Entfernung mit dem Messer oder, wo die Geschwülste gar zu zahlreich sind und gar zu dicht nebeneinander stehen, die Auskratzung mit dem scharfen Löffel, nach dem Vorgehen von Poncet, zu empfehlen.

Die Blastomykosis der Haut, von J. Méneau-La Bourboule. Während die deutsche, besonders aber die amerikanische Litteratur schon eine reiche Kasuistik der Hautblastomykose aufweisen, ist die Krankheit in Frankreich erst wenig gekannt. M. entwirft deshalb seinen Landsleuten auf Grund der vorliegenden Veröffentlichungen ein Bild der eigentümlichen Dermatose; über eigene Beobachtungen scheint er nicht zu verfügen.

Den ätiologischen Faktor der Hautleiden bildet ein pflanzlicher Keim, der bald aus der Familie der Hefepilze, bald aus derjenigen der Schimmelpilze stammt. Er besteht aus granuliertem, kernlosem Protoplasma, das häufig Vakuolen enthält und durch eine helle, lichtbrechende Zone von seiner Membran getrennt ist. Für Meerschweinchen, Kaninchen, Mäuse ist er pathogen und gedeiht auf allen Nährböden. Man trifft ihn im Innern oder in nächster Nähe miliarer Abscesse, im gesunden

Epithel, seltener auch im Innern von Riesenzellen; er vermehrt sich durch Knospung. Die Blastomykose ist besonders häufig in Amerika beobachtet worden. Aufser der Haut werden zuweilen auch innere Organe davon befallen. In diesem Falle pflegt die Krankheit tötlich zu verlaufen, während bei der Hautblastomykose auch unbeeinflufste Heilungen vorkommen. Am häufigsten werden Männer im mittleren Lebensalter von der Dermatose heimgesucht, ihre Dauer schwankt von 5—10 Jahren, Gesicht, Handrücken und Unterschenkel sind ihr Lieblingssitz.

Die Krankheit beginnt mit Maculopapeln von rötlicher Färbung, die vereitern und chronische Geschwüre hinterlassen; dadurch erlangen die erkrankten Hautstellen ein verrukóses Aussehen. Übrigens gestaltet sich der Prozefs etwas verschieden, je nachdem Hefe- oder Schimmelpilze zu Grunde liegen. Die hervorstechendsten histologischen Symptome sind: eine beträchliche Hypertrophie der Papillarschicht, Entstehung von interpapillären Räumen, Bildung von miliaren Abscessen in der Malpighischen Schicht und in der Cutis.

Am ehesten zu verwechseln ist die Blastomykose mit der Tuberkulosis verrucosa. Aber auch mit dem Epithelioma vegetans, mit verschiedenen Formen der Syphilis, mit dem Skrofuloderma und anderen Dermatosen sind Verwechslungen möglich. — Zur Behandlung der Hautblastomykose empfiehlt sich am besten das Jodkali in Mengen von 6—7,0 täglich; wo dieses versagt, hat das Messer einzugreifen.

Die Veränderungen am Auge beim Xeroderma pigmentosum, von Albert Monthus. Das Auge ist beim Xeroderma pigmentosum sehr stark in Mitleidenschaft gezogen, und es liegt bereits eine grofse Zahl von Veröffentlichungen vor, in denen über Erkrankungen des Auges im Beginn oder im weiteren Verlauf dieser Dermatose berichtet wird. Alle Teile des äufseren Auges, die Lider, die Konjunktiva palpebr. et sclerae, die Hornhaut können befallen werden. Die tieferen Membranen bleiben im allgemeinen verschont, doch ist auch ein Fall von teilweiser Atrophie der Iris infolge von Xeroderma pigmentosum bekannt. Auf den Augenlidern kommen rote und Pigmentflecke, Atrophien und Tumoren vor; die Augenbrauen und die Augenwimpern können dabei ganz oder teilweise verloren gehen; es entwickeln sich Districhiasis und Ektropium und infolge davon Thränen des Auges, Lichtscheu, Hornhautgeschwüre. Oder es kommt zu Telangiektasien und Neubildungen, die Sehschwäche und völlige Erblindung nach sich ziehen können; dieser Ausgang läfst sich nur durch rechtzeitigen chirurgischen Eingriff vermeiden.

Zwei Krankengeschichten, die ein jugendliches Geschwisterpaar betreffen, leiten die Arbeit ein. Bei dem einen der beiden Mädchen bestand Pannus des rechten, Epithelialtumor am Limbus sclero-cornealis des linken Auges, bei dem anderen befanden sich Tumoren auf der Palpebra und der Cornea, daneben Ektropium.

Ein Fall von Haemato-Lymphangioma cysticum superficiale, von U. Montegazza-Cagliari. Diese Neubildung fand sich bei einem 11jährigen Mädchen in der rechten Schulterblattgegend. Das Bemerkenswerte dabei bestand in folgendem: sie hatte sich nämlich allmählich auf einer Narbe entwickelt, und diese Narbe war nach der Entfernung eines subkutanen kavernösen Lymphangioms nachgeglieben, das sich bald nach der Geburt gezeigt hatte und das operiert wurde, als das Mädchen 16 Monate alt war. Ein kleiner, haselnufsgrofser Tumor, der vom Verfasser als Lymphangioma cavernosum subcutaneum angesprochen wird, fand sich auch jetzt noch in der erkrankten Gegend.

Die eigentliche Neubildung bestand aus kleinen, bis zu stecknadelkopfgrofsen Bläschen von rundlicher Form. Sie fühlten sich prallelastisch an und waren teils farblos, teils strohgelb, teils zur Hälfte rotbraun, zur Hälfte hellgelb. Stach man eines von diesen letzteren Bläschen an, so entleerte sich zuerst farblose Flüssigkeit, aber erst, wenn

die Lanzette tiefer drang, sprang ziemlich plötzlich ein kleiner Tropfen Blut hervor. Wie die histologische Untersuchung erwies, rührte dieses Blut und die braunrote Färbung der betreffenden Bläschen von kleinen, angiomatös erweiterten Blutgefäßen her, die innerhalb der lymphösen Cysten sich befanden.

Während namentlich von französischen Autoren, Besnier und Thibierge u. a., diesen Gefäßangiomen eine ursächliche Bedeutung beim Zustandekommen des Haemato-Lymphangioms zugeschrieben wird, wird diese Ansicht von Török und vielen anderen Forschern nicht geteilt. Diesem Standpunkt tritt auch M. auf Grund seiner Beobachtungen und Untersuchungen bei. Die Unnasche Hypothese, daß eine venös-lymphatische Stauung die erste Ursuche für die Entwickelung eines Lymphangioms sei, kann er nicht für alle Fälle gelten lassen, wiewohl sie für seinen Fall und auch sonst vielfach zutreffen mag. *Türkheim-Hamburg.*

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1902. Heft 7.

1. **Beitrag zum Studium der makroskopischen Anatomie der hypertrophischen Prostata,** von J. Albarran und B. Motz. Wenn auch die makroskopische Anatomie der Prostatahypertrophie bereits eingehend studiert worden ist, so halten es die Verfasser mit Rücksicht auf die chirurgische Behandlung doch für wünschenswert, einige, bisher als nebensächlich betrachtete Details eingehender zu besprechen. Die Ausführungen werden durch sehr instruktive, durch eigene Untersuchungen gewonnene Abbildungen erläutert.

Die Prostata besitzt keine eigene Kapsel; doch bilden die Aponeurosen, die, in einander übergehend, die vordere, die hintere und die seitlichen Flächen der Drüse umgeben, eine Kapsel; dieselbe ist mit der Prostata leicht verwachsen und läßt sich ohne Schwierigkeiten von ihr ablösen. Die Basis und die Spitze der Prostata besitzen überhaupt keine Kapsel. — Was die Beziehungen der normalen Prostata zur Urethra betrifft, so ergiebt eine Serie von transversalen Schnitten, daß die Harnröhre vom Sphincter membranaceus bis zum Blasenhals von zwei Gruppen von Drüsen umgeben ist. Die zentrale Gruppe wird durch Drüsen gebildet, welche unmittelbar unter der Harnröhrenschleimhaut liegen und die Pars prostatica in ihrer ganzen Länge ringförmig umgeben; sie sind an der unteren Fläche der Urethra zahlreicher und stärker entwickelt als auf der oberen Fläche und finden sich namentlich in der Gegend des Veru montanum und am Blasenhals in großen Mengen angehäuft (submontale und subcervikale Drüsen). Die peripher gelegene Gruppe der periurethralen Drüsen bildet den drüsigen Teil der Prostata; sie sind von den zentral gelegenen Drüsen durch glatte Muskelfasern getrennt und umgeben die Harnröhre in Form eines Ringes, der aber nach oben nicht geschlossen ist. Der oberhalb der Ductus ejaculatorii, zwischen diesen und der Blase gelegene Teil der Prostata stellt in rein anatomischem Sinne den mittleren Lappen dar; die Verfasser nennen diesen Teil Portio praespermatica. — Die normale Prostata reicht in der Mittellinie nur bis zum Ende des Blasenhalses und ragt in das Trigonum nicht mehr hinein. Die Basis der seitlichen Lappen steht 12—13 mm höher als die Basis der mittleren Partie und greift nach außen und vorne vom Trigonum auf die eigentliche Blasenwand über.

Bei hypertrophischer Prostata ist die Kapsel manchmal an einzelnen Stellen, besonders an der Spitze der Drüse, verdickt. In einzelnen Fällen, namentlich wenn die Hypertrophie von Prostatitis begleitet ist, ist die Kapsel mit der vergrößerten Prostata so fest verwachsen, daß die Ablösung unmöglich ist. Die peripheren Partien der Prostata werden durch die Neubildung adenomatösen Gewebes manchmal nach außen

gedrängt und zwischen den neugebildeten Teilen und der Kapsel stark abgeplattet. Wird nun bei der Operation die Kapsel tief incidiert, so wird mit derselben auch das atrophische, abgeplattete Drüsengewebe durchtrennt; über demselben lassen sich die neugebildeten Teile leicht ausschälen, doch bleibt alsdann ein nicht unbeträchtlicher Teil der Prostata zurück.

Um von der Frequenz der verschiedenen Arten von Prostatahypertrophie ein richtiges Bild zu erhalten, ist es zunächst notwendig, über die Benennungen ins klare zu kommen, insbesondere darüber, was unter „mittlerem Lappen" bei hypertrophischer Prostata zu verstehen ist. Nach den Untersuchungen der Verfasser nun gehört zum mittleren Lappen nicht nur die hypertrophische Entwickelung der Portio praespermatica, sondern auch die Hypertrophie der subcervikalen Drüsen. Die Portio praespermatica ist neben den seitlichen Lappen in fast allen Fällen vergrößert; ein vollständiger mittlerer Lappen findet sich in 30—40% der Fälle.

Eine zweite Serie von transversalen Schnitten zeigt, daß die Harnröhre viel näher an der hinteren Fläche der hypertrophischen Prostata liegt, als gewöhnlich angenommen wird. Nach hinten findet sich in der Mittellinie fast kein Prostatagewebe, nur in der Nähe der Blase, im Niveau des Blasenhalses erreicht die Prostata auch nach hinten eine gewisse Dicke. Die Hauptmasse der hypertrophischen Prostata liegt zu beiden Seiten und vor der Urethra. Die Harnröhre selbst stellt einen von vorne nach hinten ziehenden Schlitz dar, dessen antero-posteriorer Durchmesser 2—3, ja selbst bis zu 8 cm beträgt. Die Urethra zeigt oft, insbesondere an ihrer unteren Wand, mehrfache Divertikelbildung; in manchen Fällen ist in der Nähe der Blase ihr Querdurchmesser beträchtlich erweitert.

Der Blasenhals erscheint bei Prostatahyperthrophie bekanntlich nach vorne gedrängt, nicht aber, wie von den Autoren fälschlich angenommen wird, auch das Trigonum. Es beginnt demnach der Blasengrund unmittelbar hinter dem Blasenhals und es wäre besser, ihn „retro-cervikale Depression der Blase" zu nennen. Ebenso wie die Harnröhre bei Prostatahypertrophie sich ausdehnt und länger wird, ebenso wird auch der Blasenhals länger und ist infolgedessen im stande, auch die größer gewordene Oberfläche des unter ihm liegenden Prostatateils zu bedecken.

Die subcervikale Hypertrophie, d. h. der mittlere Lappen kann verursacht sein durch die Hypertrophie der subcervikalen Drüsen, oder durch die Hypertrophie der Portio praespermatica, oder durch die Vergrößerung dieser beiden Partien. Makroskopisch kann man vier Formen von subcervikaler Hypertrophie unterscheiden: die seltene annuläre Form, die transversale Hypertrophie, die am häufigsten vorkommende ungestielt aufsetzende Hypertrophie (Hypertrophie sessile), die fast immer mit einer starken Vergrößerung der seitlichen Lappen verbunden ist, und endlich die gestielte Hypertrophie.

2. **Spontane hämorrhagische Nekrose des Hodens ohne Torsion des Samenstranges (senile Gangrän des Hodens, Apoplexia testiculi)**, von Mauclaire. Bei einem 62jährigen, an Arteriosklerose leidenden Manne, der seit zwei Jahren ab und zu Schmerzen im linken Hoden verspürte, fand der Verfasser eine leichte Rötung und Schwellung der Haut der linken Skrotalhälfte und eine beträchtliche, diffuse Schwellung des linken Hodens, Nebenhodens und Samenstrangs. Der Tumor war spontan und bei Berührung enorm schmerzhaft. Fluktuation war nicht vorhanden, die Probepunktion ergab keine Flüssigkeit. Es schien entweder eine Haematocele der Tunica vaginalis, oder eine Torsion des Samenstrangs, oder ein Tumor des Hodens vorzuliegen. Es wurde eine Probeincision gemacht, nach Eröffnung der Tunica vaginalis zeigten sich Hoden, Nebenhoden und Samenstrang weinrot verfärbt, sehr weich und stark ödematös geschwollen. Eine Torsion bestand nicht, die Tunica

vaginalis war unverändert. Der ganze Hoden wurde, da er ersichtlich nekrotisch war, nebst einem Teile des Samenstrangs entfernt. Bei der histologischen Untersuchung liefs sich nur mehr das Bindegewebsgerüst erkennen; jede epitheliale Struktur war verschwunden, kein Zellkern konnte gefärbt werden. Die Samenkanälchen lagen in einer breiigen, zahlreiche Blutkörperchen enthaltenden Masse. Eine genaue Untersuchung der Gefäfswände war unmöglich. — Anschliefsend an die Schilderung des Falles bespricht der Verfasser eingehend die Ätiologie der hämorrhagischen Nekrose des Hodens und kommt zu dem Schlusse, dafs es sich in dem vorliegenden Falle vielleicht um eine senile Gangrän des Hodens infolge von Endarteriitis obliterans der Arteria spermatica gehandelt hat.

3. **104 Blasensteinoperationen,** von Michel Christovitch-Salonichi. Der Verfasser hat im Verlaufe von vier Jahren 104 Blasensteinoperationen ausgeführt. Davon betrafen 34 Fälle Kinder unter vier Jahren, dieselben wurden sämtlich mittels Sectio perinealis lateralis operiert; bei 32 Kranken im Alter von 4—80 Jahren wurde die Sectio alta, bei 38 erwachsenen Kranken endlich die Lithotripsie vorgenommen. — Nach kurzen Mitteilungen über den Zustand der einzelnen Patienten bespricht der Verfasser kurz die Diagnose der Blasensteine, die Indikationen der verschiedenen Operationsverfahren und einige Einzelheiten bei der Ausführung derselben. Bei Kindern unter vier Jahren zieht er den lateralen perinealen Harnröhrenschnitt vor, weil derselbe sehr einfach auszuführen ist; er hat nur den einen Nachteil, dafs ein Vas deferens durchschnitten werden mufs. Die Erfolge der Operationen waren sehr gute: bei 34 Fällen kam kein Todesfall vor, bei vier Kindern entstanden Fisteln, die nach sechs Monaten heilten, bei drei Kindern trat Incontinentia urinae auf, die sich mit zunehmendem Alter wieder verlor. — Das häufige Vorkommen von Blasensteinen in Salonichi und Umgebung führt der Verfasser auf das kalte, feuchte Klima, den kreidigen Erdboden, das kalkhaltige Trinkwasser, die ungenügende, hauptsächlich aus Gemüsen bestehende Nahrung und die niedrigen, sonnenlosen Wohnungen zurück. Am häufigsten finden sich Uratsteine; infolgedessen liegt der Gedanke nahe, dafs auch das in der Gegend endemische Sumpffieber indirekt zur Entstehung der Blasensteine beiträgt, da ja die Milz eine der wichtigsten Bildungsstätten der Harnsäure sein soll und die hypertrophische Milz mehr Harnsäure produziert als die normale. Auch die Heredität spielt nach den Erfahrungen des Verfassers ätiologisch eine bedeutsame Rolle. *Götz-München.*

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1902. Heft 3.

Erster Beitrag über die Restitutio ad integrum der Haut bei Entzündungen, von Carlo Vignolo-Lutati. Aus den Untersuchungen des Verf. geht hervor, dafs die Resorption der letzten Reste eines entzündlichen Prozesses in der Haut äufserst langsam vor sich geht. Noch lange Zeit bleiben kleine Herde bestehen, obwohl bereits jegliche Krankheitserscheinung fehlt. Das klinische Aussehen ist nicht verläfslich, um eine Dermatose für geheilt zu erklären, weil die scheinbare Heilung niemals mit der wirklichen zusammenfällt. Man wird daher Rezidive von Dermatosen, die makroskopisch geheilt erschienen, nicht auf äufsere Ursachen zurückführen, während es sich vielmehr um ein Wiedererwachen, ein Reacerbieren von Prozessen handelt, die histologisch nachweisbar sind. Wann diese definitiv verschwinden werden und damit thatsächlich Heilung eintritt, läfst sich nicht voraus bestimmen. Es hängt von der Natur und Dauer des entzündlichen Prozesses ab, von seinem mehr oder minder tiefen Sitz und seiner Intensität, wie auch von der allgemeinen Konstitution des Kranken. Bei den entzündlichen Dermatosen von relativ chronischem

Verlauf ist die Restitutio ad integrum zwar nicht unmöglich, aber doch sehr schwierig, gegenüber der gröfseren Wahrscheinlichkeit eines sklerosierenden oder atrophisierenden Ausganges.

Über die sogenannten Plasmazellen in den Hautgranulomen — Morphologie, Ursprung, Schicksal und Funktion, von P. L. Bosellini. Aus den sehr ausführlichen Darlegungen des Autors, deren Einzelheiten im Original nachgesehen werden müssen, mögen hier die wichtigsten Schlüsse angeführt werden: Morphologisch betrachtet, sind die Plasmazellen pathologisch zellige Elemente, die den Granulomen eigen sind und einer Art der Zellen in den sogenannten kleinzelligen Infiltraten entsprechen. Sie besitzen einen meist runden Kern mit vielen Chromatinkörnern, mannigfache Form und einen protoplasmatischen Leib; letzterer enthält unter anderem Nukleinelemente, die sich leicht bis zur Bildung eines neuen Kernes fortentwickeln können. Die Plasmazellen finden sich fast immer im Bindegewebe, nahe oder weit von den Gefäfsen, jedenfalls unabhängig von diesen gelagert. Sie stammen von den fixen Gewebszellen ab. In einigen Granulomen können sie sich in junge fixe Bindegewebszellen umwandeln, in anderen degenerieren sie zu teils epitheloiden, teils colloiden oder hyalinen Zellen. Den spezifischen Mikroorganismen gegenüber haben sie keine phagocytäre Kraft; es ist sicher, ob sie nicht nach Aufnahme des Virus in epitheloide Zellen übergehen. Wo sie erscheinen, verschwindet das elastische und kollagene Gewebe, augenscheinlich büfsen die fixen Zellen durch Übergang in Plasmazellen ihre eigentliche Funktion ein. Die Plasmazellen sind von den Elementen, die aus den Gefäfsen stammen und ihnen sehr ähneln können, zu trennen; letztere wären als Pseudoplasmazellen zu bezeichnen.

Klinische und histologische Bemerkungen über das Keratoma palmare et plantare hereditarium, von Agostino Pasini. Verf. berichtet über zwei Fälle dieser ziemlich seltenen Affektion. Das eine Mal liefs sich die Krankheit durch vier Generationen verfolgen, an vier von sieben Personen; die beiden, die in P.s Beobachtung standen, waren ein 38jähriger Bauer und seine sechs Monate alte Tochter. Das zweite Mal handelte es sich um einen 20jährigen Bauern, dessen Mutter und Schwester die gleiche Anomalie gehabt haben sollen. Das klinische Bild glich in der Hauptsache demjenigen in den bisher veröffentlichten Fällen. Wenige Wochen nach der Geburt begann die Entwickelung einer Hornschwarte von schmutzig gelber Farbe an Hohlhänden und Sohlen; sie nahm allmählich zu, bis zu 6 mm Dicke an einzelnen Stellen. Umsäumt war die hyperkeratotische Schicht von einer 3—4 mm breiten, erythematösen Zone und durchzogen von zahlreichen tiefen Furchen und Rissen; auch zeigte sie beträchtlich vermehrte Schweifssekretion. Im zweiten Falle bestanden auch zwei kleine hyperkeratotische Herde auf dem Rücken des linken Mittel- und Ringfingers. Histologisch bestand in der obersten Bindegewebsschicht der Cutis und in den verlängerten Papillen Odem und Hyperämie; auf diese führt P. den erythematösen Hof zurück. Zahl und Volumen der Schweifsdrüsen war ganz erheblich vermehrt. Die Zellen des Stratum spinosum und lucidum hatten Bläschenform angenommen, das Strat. granul. war verbreitert. Verf. fafst die Affektion als Naevus im Besnierschen Sinne auf, die angeborene Bildungsanomalie würde in der aufsergewöhnlich grofsen Zahl der Knäueldrüsen bestehen. Durch die erhöhte Schweifssekretion soll sowohl die Hyperakanthose wie die Hyperkeratose bedingt sein, weshalb auch das Auftreten der klinischen Symptome mit dem physiologischen Beginn der Schweifssekretion zusammenfalle.

Über die Necrosis sicca circumscripta der Haut durch atmosphärische Einflüsse, von L. Philippson. Die Bezeichnung Necrosis sicca circumscripta schlägt Verf. als passenderen Namen für Bazins Hydroa vacciniformis (Summer-eruption

Hutchinson) vor. Das Wesen der Krankheit sei der nekrotische Prozefs, der aber nicht durch primäre Entzündung oder Stase (Bowen, Mibelli) erklärt werden könne. Vielmehr müssen eigentümliche äufsere Einflüsse angenommen werden, die 1. reichliche Leukocytenauswanderung, aber ohne entsprechende Gefäfsschädigung, hervorrufen, 2. bis ins Hypoderm wirken, 3. das Gewebe, wenigstens an der Oberfläche, zu nekrotisieren vermögen. Bei einer 28jährigen Witwe, die seit ihrem dritten Lebensjahre in jedem Frühling an Händen und Vorderarmen, in den letzten Jahren statt dessen an Ohren, Wangen und Nase von der Affektion befallen wurde, konnte P. die Entwickelung der Efflorescenzen vom Auftreten der kleinsten Erhebungen bis zur Abstofsung des nekrotischen Schorfes und zur Narbenbildung verfolgen. Schliefslich traten die neuen Eruptionen auch im Oktober und November auf.

Cystoepithelioma corneum oder Cystoakanthoma corneum (Epithelioma perlaceum), von G. Piccardi. Wird zusammen mit dem nächsten Heft referiert, das die zugehörigen Abbildungen bringt.)

Offener Brief an Prof. Reale, von M. Truffi. Sachlich bietet die Diskussion der beiden Forscher (vergl. die letzten Hefte des *Giornale*) kein Interesse mehr. Um so bemerkenswerter, vom Standpunkt vergleichender Völkerpsychologie, ist die Form. Truffis Brief schliefst: „Indem ich meinerseits nochmals die kurze Polemik für beendet erkläre, gebe ich mich der angenehmen Hoffnung hin, dafs dieselbe, nachdem sie auf beiden Seiten aus reiner Liebe zur Wissenschaft geführt worden, dazu gedient habe, die gegenseitigen Bande der Achtung und Freundschaft aufs neue zu festigen.

M. Lewor-Hamburg.

Bücherbesprechungen.

Weitere kritische Bemerkungen zum gegenwärtigen Stand der Plasmazellenfrage nebst einem Anhang, die Histogenese des Tuberkels betreffend, von A. Pappenheim-Hamburg. (*Virch. Arch.* 1902. No. 169.) In diesem Artikel stellt Verfasser nochmals das wesentlichste bisher in der Litteratur niedergelegte Thatsachenmaterial kritisch zusammen unter besonderer Berücksichtigung der jüngsten, seit seiner ersten Abhandlung über diesen Gegenstand erschienenen Publikationen von Orth, v. Barmgarten, Enderlen und Justi, Almkvist, sowie einschlägiger Notizen von A. Wolff, Schlesinger, G. Friedländer und E. Albrecht.

Zuerst werden die Begriffe „Lymphocyt" und „Plasmazelle" festgelegt.

Unter „Lymphocyten" hat man nicht einen bestimmten Typus nur aus Lymphdrüsenparenchym stammender Rundzellen zu verstehen, sondern die gesamte ungranulierte basophile Zellart, wie sie bei Säugern in dem Parenchym des gesamten hämatopoetischen Apparates, bei allen Wirbeltieren in dem jeweiligen hämatopoetischen Organ und sogar bei Wirbellosen (Meinertz) in hämatopoetischen Geweben zur Bildung gelangt.

Diese Zellart ist die tiefststehende aller Leukocyten und zu ihr zählen die Einzeltypen der „Grofsen Lymphocyten", der zu ihnen gehörigen „Grofsen mononukleären Leukocyten" und der von ihnen abstammenden „Kleinen Lymphocyten".

Unter „Plasmazellen" hat man ganz analog nicht blofs den von Marschalkó so bezeichneten Typus der fertigen Unnaschen Zelle zu verstehen, sondern auch dessen Vorstufen und Weiterentwickelungsformen, also aufserdem die „Junge Plasmamutterzelle" und die „Kleine Plasmatochterzelle".

Weiter werden der Reihe nach die Gründe, die angeblich für eine hämatogene und gegen die histiogene Abstammung der einkernigen entzündlichen Rundzellen

sprechen sollen, geprüft und verworfen. Ihnen werden entgegengehalten Gründe, die stark gegen die hämatogene Natur dieser Rundzellen sprechen. Als besonders schwerwiegend wird angeführt das Vorkommen grofser Lymphocyten im Eiter und die Ansammlung lymphocytärer Plasmazellen im Granulationsgewebe um Arterien herum. Nachdem so die Lymphocytennatur der Plasmazellen als äufserst unwahrscheinlich hingestellt ist, werden thatsächliche Beobachtungen von Joannovics, Enderlen-Justi und Almkvist vorgebracht, welche Übergangsbilder von histiogenen Bindegewebszellen zu den Unnaschen Plasmazellen gesehen, beschrieben und abgebildet haben.

Das Ergebnis der Argumentation ist demnach, dafs man in den kleinen, einkernigen, entzündlichen Rundzellen nicht hämatogene Exsudatzellen, sondern histiogene Reizungszellen zu erblicken hat, und dafs Ansammlungen von ihnen nicht als passive Infiltrate, sondern als Produkte einer aktiven Gewebsgranulation aufzufassen sind. Die in Rede stehenden Zellen sind nicht echte Lymphocyten der hämatopoetischen Organe, des retikulären Lymphoidgewebes, sondern nur Lymphocyten ähnliche, d. h. lymphocytoide Derivate fixer Zellen stromatischen Bindegewebes, wie solches auch von Marchand und Borst vertreten wird.

In einem Entzündungsprodukt sind nur die multinukleären Leukocyten Exsudatzellen; die einkernigen Elemente können es nicht sein; einkernige gekörnte Zellen und grofse Lymphocyten fehlen überhaupt im normalen Blute. Grofse mononukleäre Leukocyten und kleine Lymphocyten mögen aber wohl lokomotionsfähig sein, eine Emigration und noch obendrein durch Arterienwände hindurch dürfte aber bislang noch nicht ins Reich der Realitäten gerechnet werden. Es müssen demnach sowohl bei der Granulation, wie bei der Eiterung und Exsudatbildung „chronischer" Entzündungen die sog. Lymphocyten als lymphocytoide Gebilde aufgefafst werden.

Diese Granulationszellen können aber nun, wie Mardhand, Herbert, Pinkus gezeigt haben, nicht nur in ein auszuscheidendes Exsudat, sondern, unter pathologischen Bedingungen, ebenso wie beim Embryo, sogar ins Blut gelangen, ganz ebenso wie solches normalerweise postembryonal mit den eigens dazu differenzierten Rundzellen des retikulären Gewebes geschieht (embryonale Klasmatocytendescendenz, Lupus, lymphämische Metastasen).

Im Blut kann man solcher morphologisch-tinktoriell charakterisierter, einkerniger, ungekörnter, basophiler Rundzelle ihre gewebliche Abkunft nicht mehr ansehen; der Ausdruck „Lymphocyt" wird demnach nur mehr noch zu einem morphologisch-tinktoriellen Zellartsbegriff ohne jeglichen gewebsgenealogischen Index, ebenso wie solches „Mastzellen" und „Eosinophile" sind, deren es ja auch hämatogene und histiogene giebt.

Wird der Lymphocytenbegriff also reduziert und eingeschränkt genommen, dann braucht man allerdings nicht mehr besondere lymphocytoide Zellen den echten Lymphocyten[1] gegenüber zu stellen, sondern man hat einfach die gewöhnlichen hämatogenen Lymphocyten von histiogenen Lympocyten, zu denen dann die Plasmazellen gehören würden, zu trennen. Ein Granulom (Plasmom) wäre demnach nicht als ein präformiertes, einfach hyperplastisches, wirklich retikuläres Lymphom aufzufassen (Ribbert), sondern als ein neoplastisches, histioides Lymphom.

Die Annahme solcher neoplastischer Lymphome des Bindegewebes (Tuberkel, lymphämische Metastasen) findet ihr Analogon in der Existenz heteroplastischer (heterotoper) Myelome, die auch nicht als wirkliche Verschleppungsmetastasen, sondern als aktive Neoplasmen gedeutet werden. Dahin gehören in gewissem Sinne periostale Riesenzellsarkome (Epuliden), bisweilen sogar mit myelämischem Blutbefund (v. Jaksch),

[1] Die Hämatologie unterscheidet Lymphocyten, Pseudolymphocyten, Lymphoidzellen und lymphocytoide Zellen.

besonders aber das jüngst publizierte, von ALBRECHT in der Dura gefundene Endotheliom mit endothelogenen Lymphocyten und deren Derivaten, den Granulocyten, Erythroblasten und Myeloplaxen.

Schliefslich wird unter Zugrundelegung des entwickelten Gedankenganges die Histogenese des Tuberkels analysiert und derselbe definiert als Coeffekt der direkten aber durch Toxine störend beeinflufsten Reizung des primär lädierten Gewebes, welches somit nur Epitheloidzellen (pathologische Plasmazellen) und allenfalls aus diesen hervorgehende Riesenzellen liefert (Epitheloidtuberkel, Riesenzelllupus), und der eventuell sekundär dazu kommenden unbehinderten Granulation des umgebenden reagierenden Gewebes (Lymphoidtuberkel, diffuser Lupus).

Hierdurch erledigt sich von selbst[3] ein inzwischen nachträglich erschienener Aufsatz von F. ALMKVIST: „Über die Emigrationsfähigkeit der Lymphocyten" (*Virch. Arch.* 1902. Bd. 169), worin derselbe, gestützt auf die nachgewiesene Lokomobilität der Lymphocyten, mit A. WOLFF sogleich zu dem Schlusse kommt, dafs die Lymphocyten in entzündlichen Exsudaten hämatogen emigrierte Parenchymzellen des lymphoiden Gewebes seien.

Nun ist vielleicht die Untersuchung seröser Höhlenexsudate kein besonders geeignetes Objekt zur Entscheidung dieser fundamental wichtigen Frage. Über den Befund grofser Lymphocyten wenigstens, den ich beim eitrigen Schleimhautkatarrh erhalten habe, und der als besonders wichtiger und nicht zu ignorierender Faktor mich von der nächstliegenden Deutung abhielt, berichtet ALMKVIST nichts. Eine direkte Emigration aus Gefäfsen heraus hat W. ebenfalls nicht wahrgenommen.

Somit wird neues[3] gewichtiges Material von A. nicht geliefert. Die Deutung der Befunde stützt sich auch nur, wie andere vorangegangene Arbeiten von JADASSOHN, MARSCHALKÓ, JOANNOVICS, ENDERLEIN-JUSTI, auf Bewertung der Zeitverhältnisse beim Entzündungsablauf. Und doch hat bereits FOES,[4] was A. entgangen zu sein scheint, gezeigt, dafs schon sofort nach Eintritt der entzündlichen Reaktion, also noch in dem akutesten Stadium, die Symptome der „chronischen" Entzündung sich geltend machen, als Auftreten einkerniger Wanderzellen, Granulation fixer Gewebszellen und Produktion von Dauergewebe. Schon der akuten Entzündung wohnt also die Tendenz der Gewebsreparation und Regeneration inne.

Sowie nämlich die ersten Entzündungserscheinungen an den Gefäfsen sich kund thun, funktionelle Dilatation und Exsudation von Plasma (Serum, Fibrin), geraten infolge dieser Überernährung die Zellen der Gefäfswände und später auch die des weiteren Stützgewebes in eine Art von parenchymatös-entzündlichen Zustand; es kommt zur Hypertrophie und Schwellung, alsdann zur fortgesetzten Proliferation. Somit können auch bei der akutesten Entzündung eher als man glaubt histiogene Lymphocyten produziert werden.

Neue und vielleicht entscheidende Beobachtungen können, wie mir dünkt, jetzt nur noch von der direkten vitalen Beobachtung (COHNHEIMscher Versuch) oder von der Schnittmethode an einem Organe erwartet werden, das gefäfslos ist, bezw. dessen Cirkulationssystem wir so genau kennen und überwachen können, wie dies an der klassischen Cornea der Fall ist. *A. Pappenheim-Hamburg.*

[3] Das Gleiche gilt von dem zugleich mit hier referierter Abhandlung erschienenen Aufsatz von A. SCHLESINGER: Über Plasmazellen und Lymphocyten (*Virch. Arch.* Bd. 169). SCH. läfst zwar S. 440 die grofskernigen Plasmazellen die Vorstufen der kleinkernigen sein, da nun aber grofslymphocytische Plasmazellen im Gewebe gefunden werden, läfst er S. 443 zu Gunsten der BAUMGARTENschen Lehre (im Blut giebt es nämlich keine grofsen Lymphocyten) diese Zellen wieder umgekehrt aus den kleinlymphocytischen hervorgehen. Auch mit der Ansammlung der Pl.-Z. um Arterien herum findet er sich damit ab, dafs „oft" in der Nähe eine kleine Vene liegt.

[3] Auch die von A. an der fälschlichen Heranziehung des NEUMANNschen Vesicatorversuchs zu Gunsten des Emigrationsunvermögens der Lymphocyten erhobene Kritik ist nicht original, sondern stammt von mir und steht *Virchows Archiv.* 1901. Bd. 164, S. 104.

[4] *Atti della Real. Accadem. di scienze.* XXXII. 15.

Die Blastomykose, von A. Buschke. (*Bibliotheka medica.* Erwin Nägele, Stuttgart 1902.) Das erste Kapitel handelt von der Morphologie und Biologie der Hefen. Von pathogenen Hefen untersuchte B. sechs Arten nach jeder Richtung hin; er fand, dafs sich einzelne Arten merklich von einander unterscheiden und sich besonders durch kulturelle und sonstige biologische Eigenschaften von einander trennen lassen, sie gehören zum Teil zu den Oidien, vielleicht auch Schimmelpilzen, teils gehören sie zu den reinen Hefen. Kulturhefen sind die in der Gärungsindustrie und in den Geweben thätigen, wilde Hefen diejenigen, die hierbei teils als zufällige Nebenbefunde, teils als krankmachende Schädlinge sich vorfinden, teils allenthalben sonst in der Natur vorhanden sind. Zu den letzteren Arten zählen die von B. untersuchten und zwar zur Gattung Torula. Verfasser wendet sich nun der Hautblastomykose zu, welche bei Tieren und Menschen eine grofse Rolle spielt, und über welche B. bereits auf dem Strafsburger Dermatologen-Kongrefs berichtet hat, und von welcher er eingehend die von ihm beobachteten Fälle schildert mit besonderer Berücksichtigung der Histologie und Beifügung ausgezeichneter histologischer Abbildungen. Auch die von anderen Autoren beschriebenen Fälle werden herangezogen und kritisch beleuchtet. Es folgt die Beschreibung der Blastomykose der inneren Organe, Knochen u. s. w. und dann ein Kapitel über aus der Natur isolierte Hefen und sonstige experimental erzeugte Krankheiten, welches zeigt, dafs unter den Kulturhefen bisher keine krankmachenden Arten festgestellt sind, während unter den wilden Hefen Arten bestehen, die Tiere, auch in kleinsten Dosen beigebracht, krank machen und töten können. Diese Hefen finden sich in Fruchtsäften, in Sekreten des tierischen und menschlichen Organismus, auch in tierischen Krankheitsherden, von denen nicht ganz sicher gesagt ist, ob sie den dort gefundenen Hefen ihre Entstehung verdanken. Diese pathogenen Arten lassen sich in zwei Gruppen teilen: 1. solche, welche ohne oder mit nur minimalen lokalen Veränderungen in den Tierkörper eindringen und durch ihr Wachstum im Blut und in den Gewebssäften das Tier zu Grunde richten; 2. solche, welche hauptsächlich lokale Veränderungen erzeugen, sowohl am Orte der Infektion, als auch im Innern des Körpers, wohin sie verschleppt werden. Verfasser ist der Überzeugung, dafs die Hefeninfektionskrankheit eine zwar unter klinisch mannigfachen Bildern verlaufende Krankheit ist, die aber histologisch niemals Veränderungen im Organismus aufweist, die über das hinausgehen, was wir Entzündung nennen.

Einzelnes aus der umfangreichen trefflichen Arbeit herauszugreifen ist für ein Referat nicht möglich. Die Arbeit enthält so viel Interessantes, dafs kein Fachkollege dieselbe ohne Befriedigung aus der Hand legen wird. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Einführung in die Farbstoffchemie für Histologen, von L. Michaelis-Berlin. (S. Karger, Berlin, 1902.) Das vorliegende Buch erfüllt seine Aufgabe der Einführung in die Farbstoffchemie sehr gut. Es bezieht sich erstens auf die reine und andererseits auf die angewandte Chemie der Farbstoffe. Mit dem ersten Teil kommt der Verfasser einem Bedürfnisse entgegen, insofern als er mehr Farbstoffchemie behandelt, als sich in den allgemeinen chemischen Lehrbüchern vorfindet, und andererseits mehr Rücksicht auf das chemische Wissensbedürfnis des ärztlichen Forschers nimmt, der in den reinen Büchern der Farbstoffchemie zu viel chemische Kenntnisse vorausgesetzt findet. Im ersten Abschnitt erläutert Michaelis den Begriff des Farbstoffes, den Zusammenhang der chemischen Konstitution und der Art der Eigenfarbe, den Zusammenhang von Farbstoff und gefärbtem Gegenstand, sowie die allgemeinen chemischen Eigenschaften der Farbstoffe. Im zweiten Abschnitt führt er die spezielle Chemie der einzelnen Farbstoffe vor. Dann folgt ein Kapitel über die Theorie des Färbeprozesses, über die vitale Färbung und über die Färbung des fixierten Objektes. Eine Unfärb-

barkeit der lebenden Substanz erkennt der Verfasser nicht an, folglich auch keine vitale Unfärbbarkeit der Zellkerne. Hierbei müssen wir aber des Kriteriums der vitalen Färbung, der Geduktion des Farbstoffes nämlich entbehren. Es werden nämlich nach Platho nur jene Körnchen reduziert, die in der peripheren Region des Zelleibes liegen. Centrale bleiben dauernd im gefärbten Zustand. Irgend ein oxydierendes Agens mufs also hier die Reduktion hintanhalten. Wahrscheinlicherweise wird das der Kern sein. Ein gefärbter Kern, selbst vital gefärbt, läfst sich nicht mehr reduzieren. Eine sichere vitale Kernfärbung ist noch in keinem Falle bekannt geworden.

Der Pittakall war der erste Farbstoff, der überhaupt als Ergebnis einer trockenen Destillation hergestellt wurde. Es geschah dies 1892 durch Reichenbach. Die eigentliche Farbstoffchemie setzt jedoch erst mit Mitscherlich, A. W. Hofmann u. a. ein, die sich mit der Konstitution der einfachen Benzolderivate beschäftigten. Als ersten technisch verwerteten künstlichen Farbstoff verzeichnen wir das Perkin. Es war dies im Jahre 1856. Darauf folgte die Herstellung des Rosanilins durch Nathanson. Hofmann gewann dasselbe 1858 durch Einwirkung von Anilin auf Kohlenstofftetrachlorid. 1869 folgte durch Graebe und Liebermann die Darstellung des Alizarins, durch Breyer der Phthaline, 1877 durch Caro des Methylenblaus. Witt stellte die allgemeine Theorie vom Bau der Farbstoffe auf und führte die Bezeichnungen Chromophor, Chromogen ein. In der histologischen Technik verwendet zuerst Gerlach 1857 einen Farbstoff, das Karmin. Cohn und Göppert hatten schon vorher von ihm in der Botanik Gebrauch gemacht. *Hopf-Dresden.*

Lehrbuch der venerischen Krankheiten, von Maximilian von Zeissl. (Stuttgart, Ferdinand Enke, 1902.) Das mit 50 Textabbildungen ausgestattete Buch stellt gewissermafsen eine völlig umgearbeitete neue und den Fortschritten unserer Disziplin angepafste Ausgabe des von H. v. Zeissl geschaffenen Lehrbuches dar. Der Verfasser hat einen aufserordentlichen Reichtum an litterarischen Quellen zur Verfügung gehabt, so dafs er wohl allen Autoren gerecht wird. Felix Heymann-Berlin hat das Kapitel über den Tripper des Weibes bearbeitet, von Schrötter-Wien das über Syphilis der Luftwege, während Tripper und Syphilis des Auges nach dem Fuchsschen Lehrbuch dargestellt sind. Zeissl bedient sich für weichen Schanker des Ausdrucks: venerisches Geschwür. Seines Vaters Bemühungen, die Spezifikation harter Schanker aus der Nomenklatur zu verbannen, sind nicht gelungen, wohl aber haben die Bestrebungen, den oben angeführten Ausdruck für weichen Schanker einzuführen, zum Teil Erfolg gehabt. Der Verfasser wünscht, dafs sowohl das Wort Schanker, wie Condylom und spitze Warzen endlich verschwinden möchten. Absceſseiter oder der Inhalt nicht syphilitischer Hautsymptome eines spezifisch kranken Menschen vermochten bisher in Zeissls Versuchen die Lues nicht zu übertragen. Auch liefs sich durch die Absonderung an Syphilitischen vorhandener weicher Geschwüre immer wieder nur solche erzeugen. Zwar ist das spezifische Virus auch an das Blut gebunden, doch genügt die geringe Menge derselben, welche in einem Ulcus molle eines Syphilitikers enthalten ist, nicht zur Hervorrufung der Lues. Die Annahme eines Chancre mixte verwirft der Verfasser. Derselbe behandelt nach einander den Tripper, das venerische Geschwür und die Syphilis. Wir greifen aus jedem der Abschnitte einige interessante Einzelheiten heraus. Als Therapie der Blennorrhoea acuta verwendet der Verfasser Spritzungen und Massenspülungen der Urethra anterior mittelst Kaliumpermanganat, Protargol, Albargin, sowie Darreichung von Balsamicis und Unterstützung der Verdauung. Finden sich nach Verlauf von 5 Wochen noch Erscheinungen, so werden ohne Rücksicht darauf, ob die Fäden Gonokokken enthalten oder nicht, Einspritzungen mit der Wundspritze (mit oder ohne Katheter) bis in die Blase vorgenommen. Im

Versagungsfalle kommt die Sondenbehandlung in Frage, später eventuell Antrophore und Installationen starker Lapislösungen. Für Endoskopie und Dilatation schwärmt Zeissl nicht. Mechanisch behandelte Fälle heilen oft, sowie die geplagte Mucosa ausruhen kann. Anämischen Tripperleidenden gebe man nebenher Eisen- oder Arsenquellen. Patienten mit Filamenten dürfen als geheilt entlassen werden, wenn wiederholte Färbungen nach Gram Freisein von Gonokokken ergeben haben und die durch künstliche Reizungen provozierte Absonderung ebenso gonokokkenfrei ist.

In der Therapie des venerischen Geschwürs plaidiert der Verfasser doch für Jodoform, obwohl es so penetrant riecht. Darüber giebt er Umschläge mit 2%iger Karbollösung unter luftdichtem Stoff. Der Verband ist täglich 2—3mal zu wechseln. Bei merklicher Schwellung des Gliedes schicke man den Kranken zu Bett. Der Penis ist dann aufs Abdomen heraufzulegen. Von Ersatzmedikamenten verwirft Zeissl das Jodol ganz, lobt das Europhen. Bei buchtigen Geschwüren giebt man oft mit Vorteil Einspritzungen von Jodoformäther. Bleibt das Ulcus molle ohne Tendenz zur Heilung, so lege man folgende Salbe, auf Gaze gestrichen, auf:

Cupr. sulfur. 0,50
Ung. Elemi 50,00

und erneuere den Verband mehrmals täglich. Auch gebe man lokale Bäder.

Für diphtheroide und phagedänische Ulcera verwendet der Verfasser folgende Medikamente:

Camphor rasae 5,00 oder *Kal. caustic.* 0,10 oder *Argent. nitr.* 0,10
Mucil. Gummi Arab. *Aq. dest.* 50,00 *Bals. Peruv.* 30,00
Aq. dest. ad 50,00.

Hat man es mit sehr atonischen Geschwüren zu thun, so erzielt man zuweilen mit Jodtinktur, Camphorpuder, Quecksilber- oder Salicylseifenpflaster Besserung. Bei phagedänischem Ulcus darf die Allgemeinbehandlung nicht aufser acht gelassen werden (Tuberkulose, Anämie, habituelle Indigestionen). In der Behandlung der Lues giebt v. Zeissl seinen Kranken so lange Quecksilber, bis alle Spuren des Ausschlages an Haut und Mucosa geschwunden sind, und die Sklerose, der Primäraffekt für das Auge keine Pigmentierung, für das Gefühl keine Resistenz mehr bietet. Ohne Symptome keine spezifische Kur. Intermittierende Kuren verwirft der Verfasser. Er hält eine Person für von Lues geheilt, wenn sie 1—2 Jahre nach der Beseitigung des letzten Symptoms „dauernd gesund geblieben ist, eventuell gesunde Kinder ins Leben gesetzt hat". Betreffs der individuellen Prophylaxe betont Zeissl, dafs man zwar bei Infizierung mit Ulcus venereum bis etwa nach drei Tagen durch starke, tiefgehende Ätzungen und andere Zerstörungen erfolgreich die Entstehung eines Ulcus verhüten könne, dafs jedoch die Zeit, innerhalb welcher dieser gleiche Effekt bei spezifischer Ansteckung möglich ist, nicht angegeben werden könne. Siegmund pflegte alle venerischen Geschwüre energisch zu ätzen und hoffte dadurch manche Syphilis gewissermafsen kupieren zu können. Am besten benutzt man dazu konzentrierte Karbolsäure. Meist lassen die Kranken zu lange Zeit verstreichen, ehe sie zum Arzte kommen, weswegen derselbe selten in die Lage kommt, solche prophylaktische Mafsnahmen zu ergreifen. Zeissl beobachtete mehrere Fälle, bei denen sich eine Sklerose entwickelte, obwohl wenige Stunden nach dem Beischlaf in obiger Weise geätzt worden war. Aus dem Abschnitte über Jodtherapie ist von Interesse, dafs der Verfasser weder Jodalbacit noch Jodipin für therapeutisch dem Jodkalium und Jodnatrium gleichwertig hält. Derselben Meinung ist auch Welander. *Hopf-Dresden.*

Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten, von J. H. Rille-Innsbruck. 1. Abteilung. (Jena, Gustav Fischer, 1902.) Wer sich die Zahl der in den letzten

Jahren neu erschienenen und neu aufgelegten dermatologischen Lehr- und Handbücher vergegenwärtigt, wird bei jedem neuen Werke unwillkürlich die „Bedürfnisfrage" aufwerfen. Bei dem Lehrbuche nun, dessen 1. Teil hier vorliegt, muſs man füglich von der Stellung dieser Frage absehen; denn „es verdankt seine Entstehung nicht dem Antriebe des Verfassers, sondern einer Aufforderung Mehrings", es sollte einen Teil des von diesem herausgegebenen Lehrbuchs der inneren Medizin bilden. Da jedoch die Arbeit für diesen Zweck zu umfangreich wurde, erscheint sie nunmehr als selbstständiges Buch. Dasselbe will in erster Linie den Zwecken der Studierenden dienen und stellt ein kurzgefaſstes Kompendium dar, das auf knappem Raume neben einer Schilderung der Symptome eine den Bedürfnissen der Studenten angepaſste Darstellung der Ätiologie der Differentialdiagnose und Therapie bringt. Die pathologische Anatomie wird entweder gar nicht oder nur ganz flüchtig berührt, diese in ihren Einzelheiten klarzulegen, ist nach Ansicht des Verfassers „nicht so sehr die Aufgabe eines Buches, sondern vielmehr die des lebendigen Wortes des Lehrers", — eine Auffassung, die wohl auch ihre Gegner finden wird. Rille teilt die Hautkrankheiten nach dem Hebraschen System ein; er schildert in der ersten Abteilung seines Werkes die Cirkulations- und Funktionsanomalien, die Entzündungsformen der Haut, die infektiösen Granulationsgeschwülste, die Dermatomykosen und Dermatozoonosen und von den Hypertrophien den Lichen pilaris und die Ichthyosis. — Der Verfasser hat sich, wie er in der Vorrede sagt, als Ziel „präzise Charakterisierung der Krankheitsbilder auf möglichst knappem Raume" vorgesteckt. Dieses Ziel hat er erreicht; sein Buch ist, soweit man nach dem vorliegenden Teile urteilen kann, sehr gut geeignet, die Studierenden in das schwierige Gebiet der Dermatologie einzuführen. Bei einer eventuellen Neuauflage sollte der Verfasser sein Werk bezüglich der Darstellungsweise einer genauen Durchsicht unterziehen. Sätze, wie: „Ist es beim akuten Ekzem zum Nässen oder zur Krustenbildung gekommen, kann allmählich mit der Salbenbehandlung, welche sich, wie im Fette überhaupt, bei akuten Ekzemen nicht empfiehlt, begonnen werden". oder: „Bei Nässen ist der Teer kontraindiziert und soll in möglichst dünner Schicht, doch energisch, mittelst Borstenpinsels eingepinselt werden" bedürfen dringend der Korrektur. *Götz-München.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Anatomie und Physiologie der Haut.

Über einige Lebensvorgänge in der menschlichen Epidermis, von Ludwig Merk. (*Wien. med. Wochenschr.* 1902. No. 6.) Die gewöhnlich gelehrte Auffassung von der Bedeutung der Hornzellen schätzt diese sehr niedrig ein. Aus den protoplasmareichen Retezellen wird durch Teilung und Emporrücken allmählich die hornstoffreiche, tote, sich abstoſsende Hornzelle. An frisch entfernter Haut hat Verfasser durch endomtane Injektion einer $^1/_2$ %igen Lapislösung ein Urteil zu schaffen gesucht. Zunächst gelingt leicht die Darstellung eines senkrecht von dem Corium aufsteigenden Saftkanalcystems, welches bis in die Hornschicht reicht. Die Wirkung der Injektion macht sich aber auch an den Hornzellen sehr bemerkbar, indem eine Zone stark aufgedunsener Hornzellen sich entwickelt, und zwar zuerst und am deutlichsten in den Drüsenleisten. Die Hornzellen haben, wie Verfasser ausführt, eine Funktion; sie

geben den Überschufs des Saftes an die Oberfläche ab, besorgen also die Perspiratio insensibilis. Werden sie insuffizient, so entsteht eine Blase. Die Hornzellen sind nicht tote Gebilde. Die Epidermisfasern haben an ihrem Aufbau grofsen Anteil, lösen sich nicht zu Keratohyalin oder Eleidin auf. Reichliches Protoplasma, ein färbefähiger Kern sind in der Hornzelle nachzuweisen. Bei den Versuchen mit Lapisbädern zeigte es sich, dafs die Hornschicht den Lapisbädern einen grofsen Widerstand entgegensetzt. Die Basalzellen zeigen bei den Injektionen mit Lapislösung an der Basis, bei den Bädern im Kopfteile braune Körnelung. Die Keratohyalinschicht nimmt bei Ätzversuchen mit Salpetersäure oder Schwefelsäure an Umfang zu, während sie bei den Lapisversuchen zum Verschwinden gebracht wurde. Das Keratohyalin und Keratoeleidin sind vom Stratum mucosum abgesonderte Schleimsubstanzen, die das Hornzellenlager gegen das Durchdringen wässeriger und fettiger Substanzen schützen. Sie stellen eine Wehrvorrichtung dar. Das Osmiumverfahren zum Nachweise von Fett in Haut ist fast nur an Gefrierschnitten zuverlässig, wobei alle erst nach einer Stunde sich schwärzenden Gebilde nicht als Fette anzuerkennen sind. Die Unnasche Methode der sekundären Osmierung ist wegen der Vorbehandlung mit Gerbsäure ein „histologischer Mifsgriff". Nach Pinselung mit Crotonöl tingieren sich die Kerne der Hornzellen wieder oder es treten im Plasma der Zellen Klümpchen auf, die sich vom Keratohyalin nicht unterscheiden lassen. Dieses kurz der Inhalt der etwas mangelhaft disponierten Arbeit. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Gedanken über den Ursprung der wichtigsten geweblichen Bestandteile des Blutgefäfssystems, von R. S. Bergh - Kopenhagen. (*Anat. Anzeiger.* 1902. No. 19 u. 20.) In der vorliegenden Abhandlung vertritt Bergh die Ansicht, es sei wahrscheinlich, dafs sich die Blutgefäfse auf Grundlage von kontraktilen Zellen (phylogenetisch) entwickelt haben. Während bei den Wirbeltieren das Endothel der Gefäfse deren eisernen Bestand ausmacht, ja von vielen hier als Urgewebe der Gefäfse betrachtet wird, fehlt dasselbe völlig bei den wirbellosen Tieren; die genauesten Untersuchungen von Anneliden, Mollusken und Crustaceen ergeben, dafs die Intima in der Regel eine homogene Membran, der kein Endothel aufgelagert ist. Nur die allerkleinsten Gefäfse zeigen feinste Linien (durch Silberreaktion kenntlich gemacht), welche als Grenzen von Epithelzellen angesehen werden könnten. Den grofsen Gefäfsen fehlt das Endothel zweifellos ganz. Die Entwickelungsphasen stellt sich der Verfasser folgendermafsen vor: Kanalbildung aus der primitiven Leibeshöhle. In diesen Kanälen mit kontraktilen Wandungen wird das Blut herumgetrieben. Mit zunehmender Entwicklung Beschränkung der Kontraktilität auf bestimmte Abschnitte dieses Röhrensystems. An den übrigen Teilen desselben Ersatzbildung in Form eines neuen Gewebes, des Endothels. *Hopf-Dresden.*

Bemerkung zur Arbeit von Alexander Gurwitsch „Über die Haarbüschel der Epithelzellen im Vas epididymis des Menschen", von Hugo Fuchs-Erlangen. (*Anat. Anzeiger.* 1901. No. 10 u. 11.) Vorläufige Bestätigung ähnlicher Ergebnisse bei Untersuchungen des Verfassers. Fuchs stellte seine Beobachtungen hauptsächlich bei der Maus am Nebenhoden an. Derselbe zeigt aufser am Conus vasculosus keine Flimmerzellen. *Hopf-Dresden.*

Hautpigment beim Menschen und bei den Affen, von B. Adachi - Japan. (*Anat. Anzeiger.* 1902. No. 1.) Im Corium von Menschen und Affen finden sich zwei Arten bindegewebiger Pigmentzellen, die einen klein, in den oberen Schichten liegend, wenig hervortretend, die anderen grofs, tief liegend, scharf ausgeprägt. Die ersteren kommen beim Menschen und allen Affen vor, die letzteren fehlen zuweilen. Der

Mensch hat sie nur in einem Stadium seiner Entwickelung. Stärker gefärbte Rassen besitzen diese grofsen Zellen in gröfserer Zahl als hellere. Vorzugsweise findet man sie in der Kreuz-, Steifs- und Glutaealgegend. Die Zellen sind nicht, wie man bisher glaubte, eine Rasseneigentümlichkeit, sondern ihr Vorkommen ist, mit quantitativem Unterschiede nach Rassen, eine gewöhnliche Erscheinung des späteren Entwickelungsstadiums des Menschen. Die Chromatophoren, die sternförmigen Pigmentfiguren, nicht Zellen, in der Epithelgrenze kann man auch in der normalen Haut von Weifsen, viel schöner aber in der Affenhaut finden. Sowohl die grofsen wie die kleinen Pigmentzellen erreichen nie die Epithelschicht. *A. Loewald-Graudenz.*

Mikroskopische Technik.

Zur dermato-histologischen Technik, von Erich Hoffmann. (*Charité-Annal.* Bd. 26.) Zusammenstellung der gebräuchlichsten dermato-histologischen Schneide- und Färbemethoden, die zur Einführung in dieses Gebiet recht geeignet erscheinen.

Hopf-Dresden.

Über Mastzellen in Exsudaten. Ein Beitrag zur Frage der aktiven Lymphocytose, von Alfred Wolff-Berlin. (*Münch. med. Wochenschr.* 1902. No. 6.) Bei Anwendung der vielen Färbemethoden erhielt der Verfasser bei einem Pleuraexsudat einen auffälligen Befund. Etwa ein Zehntel der in dem Exsudat vorhandenen Leukocyten zeigte nach 10—15 Minuten eine in blauer Farbe hervortretende, feinkörnige Granulierung. Nach ½ bis ¾ Stunden hatten die anfangs nur wie Staubteilchen im Protoplasma liegenden Körnchen bedeutend an Gröfse zugenommen; das ganze Bild entsprach dem Bilde einer Mastzelle. Die mit wässrigem Methylenblau gefärbten Trockenpräparate liefsen keine Spur von Körnelung erkennen, ebenso wenig eine mit dem für Mastzellen „spezifischen" Dahliagemisch Ehrlichs ausgeführte Färbung. Durch die Anwendung der Färbemethode, wie sie Michaelis für die wasserlöslichen Mastzellen angegeben hat, wurde definitiv festgestellt, dafs es sich um Mastzellen handelte. Dieselben waren in ziemlich beträchtlicher Menge (ca. 10%) vorhanden; aufserdem fanden sich polynukleäre Leukocyten zu 30% und Lymphocyten zu 60%, sowie auffallend zahlreiche Erythrocyten. Das Blut zeigte keine Besonderheiten; es bestand eine leichte Leukocytose (1 Leukocyt auf 250 Erythrocyten), aber keine leukämische Veränderung, die Mastzellen machten ¼—½% aus. Dieser Befund von wasserlöslichen Mastzellen in einem pleuritischen Exsudat bei nicht leukämischem Blute stellt ein völliges Novum dar. In dem beschriebenem Falle war die Zahl der im Exsudat vorhandenen Mastzellen zwanzigmal so grofs wie die Zahl dieser Zellart im Blute; das ist nach Ansicht des Verfassers ein Beweis für die Richtigkeit der Ehrlichschen Lehre von der Emigrationsfähigkeit der Mastzellen. Der Befund wirft aufserdem Licht auf die Frage der aktiven Lymphocytose; ein chemotaktisches Agens hat gleichzeitig Mastzellen und Lymphocyten zur Auswanderung veranlafst.

Götz-München.

Über Mastzellen, von L. Michaelis-Berlin. (*Münch. med. Wochenschr.* 1902. No. 6.) Der Verfasser weist zunächst darauf hin, dafs Bindegewebsmastzellen und Blutmastzellen nicht identisch sind. Die blofse morphologische Vergleichung beider Zellformen ergiebt das ohne weiteres. Die in jedem normalen Bindegewebe verkommenden Mastzellen haben in der Mehrzahl einen viel mächtigeren Protoplasmaleib als die normalen Mastzellen des Blutes und des Knochenmarks. Eine wichtige, aber noch wenig bekannte Eigenschaft der Mastzellenkörnchen ist ihre Wasserlöslichkeit; doch sind nicht

alle Mastzellengranula in gleicher Weise wasserlöslich. Die Granula der äufserst spärlich im normalen Blut vorhandenen Mastzellen sind es nur in ganz geringem Grade. Dagegen lösen sich die Mastzellenkörnchen des leukämischen Blutes schon im gewöhnlichen Wasser nach wenigen Minuten; selbst nach der bestmöglichen Fixation durch trockene Hitze verlieren sie ihre Wasserlöslichkeit nicht. Ganz besonders empfindlich sind sie auch gegen Alkalien. Daher giebt das etwas alkalische und gleichzeitig wässerige polychrome Methylenblau Unnas, das sich bei der Darstellung der Bindegewebsmastzellen so bewährt hat, bei der Untersuchung auf leukämische Mastzellen ganz trügerische Resultate. Bei der Darstellung der leukämischen Mastzellen müssen rein wässerige Farbstofflösungen vollkommen vermieden werden. Man verfährt am besten folgendermafsen: Die mittels Hitze oder Alkohols fixierten Präparate werden 5 Minuten lang in einer gesättigten Lösung von Thionin (Ehrlich-Hoyer) in 50%igem Alkohol gefärbt, dann schnell in 50%igem Alkohol abgespült, getrocknet und in Kanadabalsam eingelegt. Die Mastzellengranula werden dabei rotbraun bis rotviolett, die Kerne blau. Die leukämischen Mastzellen vertragen auch die Einbettungen in Paraffin oder Celloidin nicht. Es tritt bei der Einbettung eine eigenartige Verklumpung und Schrumpfung der Granula ein, indem gleichzeitig ihre Metachromasie stark beeinträchtigt wird. Zur Darstellung leukämischer Mastzellen auf Schnitten dient folgende Methode: man macht von den in 96%igem Alkohol fixierten Präparaten Rasiermesserschnitte, färbt in der oben angegebenen Farblösung, spült mit Alkohol ab, trocknet und legt das Präparat in Kanadabalsam ein. Die Wasserlöslichkeit der leukämischen Mastzellengranula gegenüber der verhältnismäfsig grofsen Wasserbeständigkeit der Mastzellenkörnchen des normalen Blutes ist ein Zeichen dafür, dafs es sich bei den ersteren um jugendliche, unreife Zellen handelt. Auch unter den histiogenen Bindegewebsmastzellen giebt es sicherlich wasserlösliche. Die von Unna beschriebenen Höfe um die Mastzellen verdanken höchst wahrscheinlich der Anwendung des wässerigen polychromen Methylenblaus ihre Entstehung; dafs sie nicht immer vorhanden sind, liegt daran, dafs auch bei den Bindegewebsmastzellen der Grad der Wasserlöslichkeit wechselt. Mit Ehrlich hält jedoch der Verfasser die Unnaschen Höfe nicht alle für Kunstprodukte; denn wie auf dem Objektträger die Mastzellenkörnchen allmählich ausgelaugt werden, so mag es im Leben auch sein. Jedenfalls ist es nötig, auch bei der Darstellung der Bindegewebsmastzellen ebenso zu verfahren, wie bei der Darstellung der leukämischen Mastzellen, also die beiden schädigenden Faktoren, Wasser und Einbettung zu vermeiden. Man wird mit der angegebenen Methodik, besonders wenn man sie auf Sekrete und Exsudate anwendet, zu unerwarteten Resultaten bezüglich des Vorkommens von Mastzellen gelangen. Der Verfasser selbst fand wiederholt in dem Inhalt von Miliariabläschen und in dem klaren Inhalt eines Erythema exsudativum multiforme äufserst wasserempfindliche Mastzellen. Wenn sich nun im Miliariabläschen und, wie Wolff dies in einem Falle nachgewiesen hat, in pleuritischen Exsudaten von Leuten mit gesundem Blute wasserlösliche Mastzellen finden, so spricht das dagegen, dafs diese Mastzellen einfach ausgewanderte Blutmastzellen sind; man mufs vielmehr annehmen, dafs es sich entweder um lokal entstandene, histiogene, junge, vielleicht erst durch den Reiz der Entzündung gebildete Mastzellen handelt, oder aber die Mastzellen stammen aus dem Blute, und man müfste dann die Wasserlöslichkeit als eine degenerative Alterserscheinung betrachten. *Göts-München.*

Beiträge zum Studium der Mastzellen und der Mastzellen-Leukocytose, von C. Levaditi-Bukarest. (C. Naud, Paris 1902.) Die grofse Klasse der basophilen Zellen (Mastzellen) umfafst verschiedene Unterabteilungen, Zellen mit runden, ovalen

und unregelmäfsigen Granulationen. Dieselben unterscheiden sich von einander durch morphologische, tinktorielle und histochemische Eigentümlichkeiten. Das Knochenmark bildet eine von den Quellen der Mastzellen des Blutes und zwar die wichtigste. Man findet im Markgewebe Myelocyten mit metachromatischen Granulationen, die man als junge Elemente ansehen darf, welche berufen sind, sich durch Kernevolutionen zu ausgewachsenen Mastzellen mit polymorphem Kern auszubilden. Die Mastzellen sind höchstwahrscheinlich mit chemotaktischer Sensibilität ausgestattet. Sie erzeugen, ganz wie die neutrophilen und eosinophilen Leukocyten unter den Bedingungen des Experiments eine aktive Leukocytose, die wir Mastzellenleukocytose nennen.

Hopf-Dresden.

Über Granula in Lymphocyten, von Leonor Michaelis und Alfred Wolff. (*Virchows Arch.* 1902. 167. Bd.) Die Verfasser haben mittels der nach den Angaben Nochts modifizierten Romanowskischen Methylenblau-Eosinfärbung Untersuchungen bezüglich der Struktur der Blutzellen vorgenommen und sind dabei zu folgenden Ergebnissen gelangt: 1. Bei Anwendung der modifizierten Romanowskischen Methode gelingt es, in sonst körnchenfrei erscheinenden farblosen Blutzellen Körnchen nachzuweisen. 2. Die Körnchen finden sich in den Lymphocyten, Ehrlichs grofsen uninukleären Leukocyten und Übergangsformen. 3. Die Körnchen finden sich nur in einem Teil dieser Zellen. 4. Ebenso wie die morphologischen Merkmale nicht ausreichen, die von Ehrlich prinzipiell geschiedenen Gruppen der Lymphocyten und grofsen uninukleären Zellen immer streng auseinander zu halten, ebenso wenig erweist sich die Körnung als ein differentialdiagnostisches Merkmal. 5. Durch diesen Befund wird die ohnehin schwankende Grenze zwischen diesen beiden Zellformen noch mehr verwischt. Es liegt kein Grund vor, die einander morphologisch ähnlichen und mit gleicher Granulation versehenen Zellen noch weiterhin prinzipiell zu trennen.

Ehrlich äufsert sich zu diesem Befunde dahin, dafs nach seiner Ansicht die Lymphocytenkörnchen nicht mit den spezifischen Granulationen der multinukleären Zellen ohne weiteres analogisiert werden können. Gegenüber der Regelmäfsigkeit der echten Granula machen diese Lymphocytengranula einen sozusagen zufälligen Eindruck. Ob es sich bei denselben um Alterserscheinungen, Degenerationsvorgänge (wie z. B. in den gekörnten Erytrocyten) oder Anhäufung mehr nebensächlicher Stoffwechselprodukte handelt, kann Ehrlich zur Zeit nicht entscheiden.

Götz-München.

Zur Theorie der Fettfärbung, von L. Michaelis. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1901. No. 44.) Die indifferenten Farbstoffe sind insgesamt spezifische Fettfarbstoffe. Ebenfalls färben sich Fette sehr gut durch gewisse schwach basische und schwach saure Farbstoffe. Es sind das einerseits so schwach basische beziehentlich saure Farbstoffe, dafs selbst aus ihren Salzen das Fett die freie Base extrahiert (Dimethylamidoazobenzol); andererseits soviel stärker differente Farbstoffe, dafs nur die freie Basis oder Säure Fett färbt (Alkannin als Säure, Indophenol als Base). Fettlöslichkeit und Wasserlöslichkeit sind einander reciprok. Deutlich basische oder saure Stoffe sind meist wasserlöslicher als ihre indifferenten Muttersubstanzen. Je schwächer durch Ausfall salzbildender Gruppen Basicität oder Acidität wird, um so mehr steigt die Fettlöslichkeit und sinkt die Wasserlöslichkeit. *Hopf-Dresden.*

Über die sogenannten Einschlüsse der Tuberkelriesenzellen, von F. Sprecher-Turin. (*Arch. per le Sc. med.* 1902. No. 5.) Bei einem weit vorgeschrittenen Lupus des Gesichts enthielten die Tuberkel, von denen alle Cervikaldrüsen durchsetzt waren, in grofser Menge die bekannten, konkrementartigen Einlagerungen, besonders in den gröfseren Drüsen und zwar vorwiegend in deren centralen Teilen. Diese Gebilde sind

ursprünglich stets von einer Riesenzelle umschlossen und setzen sich zusammen aus einer gut färbbaren, konzentrisch gestreiften Substanz und einer wenig färbbaren kristallinischen, die jene inkrustiert. Erstere ist pathologisch veränderte organische Substanz, aber nicht, wie einige Autoren annehmen, Amyloid oder Pseudoamyloid, noch auch elastische Fasern oder hyphomycetische Zellen, die der Phagocytose durch die Riesenzelle unterlagen, sondern sie entsteht aus dem Protoplasma der Riesenzelle selbst durch langsame regressive Metamorphose. Die zweite Substanz besteht aus Kalk- und Eisensalzen. In den Tuberkelriesenzellen der lupösen Haut selbst wurden die Einschlüsse nicht gefunden. *Max Levor-Hamburg.*

Bakteriologie.

Über den Pilz des Favus der Maus (Achorion Quinckeanum), von E. Bodin-Rennes. (*Arch. de parasitol.* Bd. V, No. 1.) Der Verfasser hat bezüglich des Favus der Maus bakteriologische Untersuchungen vorgenommen, deren Ergebnisse er in folgenden Schlusssätzen zusammenfafst: Der Favus der Maus kann aufser durch Pilze, die von Menschen, Hunden oder Vögeln stammen, auch durch eine Mucorart, das Achorion Quinckeanum hervorgerufen werden; diese Mucorart kommt nur bei der Maus vor, ihr mufs daher die Bezeichnung „Pilz des Favus der Maus" ausschliefslich vorbehalten werden. Sie kann unter Umständen auf den Menschen übertragen werden und erzeugt bei demselben typische Favusskutula; doch sind diese Fälle sehr selten. Morphologisch gehört das Achorion Quinckeanum zur Gruppe der Botrytis- und Acladiumarten; es weist die gleiche Art der Conidienbildung wie diese auf. Berücksichtigt man zudem, dafs das Verhalten des Achorion Quinckeanum gegenüber den Nährböden und sein Aussehen in künstlichen Kulturen genau dem Verhalten und Aussehen der Trichophyton- und Microsporonarten entspricht, so ergiebt sich, dafs dieses Achorion zur Gruppe der letzteren und nicht zur Gruppe der Favuspilze, des Achorion Schönleini und der Oospora canina gerechnet werden mufs. Es gehört also zur Zwischengruppe der schmarotzenden Pilze, welche gleichzeitig Merkmale zweier differenter Gruppen aufweisen: morphologisch und als Mucorart rangiert das Achorion Quinckeanum an der Seite der Trichophytonarten, und doch sind die Veränderungen, die es bei Menschen und Tieren erzeugt, die des typischen Favus. Da uns jedoch die wirkliche Art der Fruktifikation bei diesem Pilz unbekannt ist, so ist die angegebene Klassifikation nur als provisorische zu betrachten. Im Gegensatz zum Achorion Schönleini läfst sich das Achorion Quinckeanum sehr leicht auf Meerschweinchen überimpfen; es erzeugt auf der Haut derselben typische Skutula, die sich sehr rasch entwickeln und ungefähr nach einem Monat spontan abheilen.

Götz-München.

Über den Nachweis feinerer Wachstumsvorgänge in Trichophyton- und anderen Fadenpilzen mittels Neutralrot, von J. Plato und H. Guth-Breslau. (*Zeitschr. f. Hyg. u. Infekt.-Krkh.* 1901. Bd. 38.) Bei seinen Untersuchungen über die vitale Leukocytenfärbung mit Neutralrot fand Plato häufig in lebenden Bakterien rotgefärbte Körnchen, deren biologische Bedeutung nicht aufzuklären gelang. Die Färbung war völlig inkonstant. Der Bakterienfärbung ganz analoge Bilder, aber ausgezeichnet durch die Konstanz ihres Auftretens bei allen frischen Kulturen und die Gröfse der gefärbten Elemente, traten bei der Neutralrotfärbung der banalen Schimmelpilze, der Trichophytonpilze und des Favus auf. — In der vorliegenden Arbeit haben die Verfasser die Bedingungen dieser Färbung und die biologische Bedeutung der gefärbten Elemente zu studieren versucht. Die Verfasser berichten über

ihre Beobachtungen am Penicillium brevicaule, an Trichophytonpilzen und beim Favus. Bezüglich der Einzelheiten der interessanten Versuche, auf die hier nicht näher eingegangen werden kann, sei auf das Original verwiesen.

A. Loewald-Graudenz.

Zur Biologie der Gonokokken, von H. Wildbolz. (*Centralbl. f. Bakteriol.* 1902, No. 4.) Es gelingt, wie Verfassers Untersuchungen lehren, Gonokokken auch auf gewöhnlichen Nährböden (Agar etc.) durch mehrere Generationen hindurch zu züchten, wenn wir auch die Eigenschaften, die den dazu geeigneten Nährböden innewohnen müssen, nicht immer genau präcisieren können. — Übrigens ist auch Wertheim diese Züchtung schon gelungen.

Jessner-Königsberg i. Pr.

In der biologischen Abteilung des ärztlichen Vereins Hamburg (Sitzung vom 14. Januar 1902. Nach *Münch. med. Wochenschr.* 1902, No. 9) demonstrierte Paulsen einen **Bacillus, der zweimal aus dem Blute eines Syphilitikers gezüchtet wurde,** das erste Mal kurz nach Feststellung der Initialsklerose aus einer angeschwollenen Leistendrüse, das zweite Mal aus dem Vorderarm kurz nach Auftreten der Roseola syphilitica. Die Bacillen haben grofse Ähnlichkeit mit den Diphtheriebacillen. Einige sind gerade, andere leicht bogenförmig, noch andere S-förmig gekrümmt. Viele sind segmentiert, mit knopf- oder keulenähnlichen Anschwellungen an den Enden versehen. Auffallend ist die oft vorkommende kreuzweise Anordnung je zweier Bacillen. In jungen Kulturen finden sich auch noch ganz kurze Stäbchen, die als jüngere Individuen zu betrachten sind. Die Bacillen färben sich nicht mit Methylenblau, sind wenig säure-, aber sehr alkoholfest, wachsen auf den meisten Diphtherie- und Tuberkelbacillennährböden nicht und kommen nur auf Serumnährböden gut fort; ihr Wachstum ist ein sehr langsames. — Kontrolluntersuchungen konnten noch nicht in genügender Zahl angestellt werden.

In der Diskussion erklärt Delbanco, dafs dieses Stäbchen in die grofse Klasse der Pseudodiphtheriebacillen, bezw. Diphtherideen gehöre. Bei der Lepra sind solche Diphtherideen wiederholt gezüchtet worden, und diesen Lepra-Diphtherideen scheine das eben demonstrierte Stäbchen nahezustehen. Möglicherweise schaffen die Lepra und die Syphilis unter Umständen einen geeigneten Nährboden für ganz bestimmte Sekundärinfektionen, wenn die Diphtherideen nicht eben nur harmlose Schmarotzer darstellen. — Fraenkel erwähnt, dafs Ludeck aus der Luft Pseudodiphtheriebacillen gezüchtet habe, die den von Paulsen gezüchteten Stäbchen sehr ähnlich sind.

Götz-München.

Betrachtungen über de Lisles und Jullien's Syphilisbacillen, von v. Niessen. (*Klin. therap. Wochenschr.* 1902. No. 14.) Zwei französische Autoren Lisle und Jullien haben aus dem Blute Luetischer Bakterien gezüchtet, die sie als die Urheber der Lues bezeichnen: 1. weil sie sie bei Syphilitischen im floriden Stadium gefunden haben, und zwar nur bei Syphilitischen; 2. weil dieses Mikrobion das Serum Syphilitischer agglutiniert, nicht das Serum Gesunder; 3. weil es bei Tieren spezifische Zustände erzeugt, denen vergleichbar, welche man beim Menschen beobachtet; 4. weil es das spezifische Alexin von mit Syphilisprodukten geimpften Tieren fixiert; 5. weil seine Kulturen auf syphilitisch Kranke ohne Wirkung sind; 6. weil sie mit den infizierten Tieren sterben, wie die Infektionskeime bei der Syphilis des Menschen. — v. Niessen unterzieht die Publikation einer Kritik, ohne sie zu negieren, und stellt die Präparate seiner Syphilisbacillen als Vergleichsobjekte zur Verfügung. Das Gleiche thut er den von M. Joseph und Piorkonski publizierten Syphilisbacillen gegenüber.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Experimentalstudien über den Einfluſs von Farbenveränderungen auf Pigmentbakterien, von C. A. Oliver-Philadelphia. (*Amer. Journ. Med. Scienc.* April 1902.) Um zu entscheiden, welchen Einfluſs das Licht resp. die einzelnen Farben des Specktrums auf die Entstehung von Farbstoffen in Kulturen von Bakterien besitze, hat O. seit zwei Jahren Züchtungsversuche mit mehreren verschiedenen Arten angestellt, wobei er unter sonst völlig gleichen Bedingungen die einzige Modifikation traf, einzelne Kulturen unter verschieden farbigem Glase wachsen zu lassen. Um nur ein paar Beispiele herauszugreifen, so fand er, daſs das Bakterium prodigiosum auf Agar unter einem rein blauen Glase gewachsen sich dahin verändert, daſs das Centrum violett, der Rand karmingrau erscheint, und unter grünem Glase auf Blutserum war eine ähnliche dem Blau sich nähernde Farbenveränderung zu konstatieren. Bacillus virens verlor unter blauem Glase seine charakteristische Farbe in auffallender Weise, erhielt sie aber wieder unter dem Einfluſs von rotem Lichte. Micrococcus rosans dagegen verlor unter rotem Glase seine charakteristische Farbe, und Bacillus indicans, auf Blutserum unter dem gleichen Lichte gewachsen, zeigte eine zarte Orange-Zinnober-Färbung. An Bacillus pyocyaneus und Sarcina lutea hat Verfasser analoge Veränderungen beobachtet. Nach diesen wenigen Proben wird man die versprochenen eingehenden Mitteilungen mit Interesse aufnehmen; jedenfalls beweisen sie den vom Autor aufgestellten Satz, daſs es keinen Wert hat, Bakterien nach der Farbe zu benennen, wenn nicht die Wachstumsbedingungen derselben durchaus festgestellt sind.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Hygiene.

Bericht der Siebener-Kommission über die Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten in der Stadt New York, von deren Obmann A. Morrow. (*Med. News.* 21. Dez. 1901.) Von dem Präsidenten der New Yorker medizinischen Gesellschaft wurde eine Kommission von sieben hervorragenden Spezialärzten zum Studium obiger Frage eingesetzt und das Ergebnis desselben ist in vorliegender Arbeit niedergelegt. Die Fragebogen, welche an sämtliche Ärzte New Yorks versandt worden sind, wurden nur von etwa 20% derselben beantwortet; dennoch glauben die Berichterstatter, aus dieser mangelhaften Statistik Schlüsse ziehen zu können. Es wurde über 23196 Fälle berichtet und in der Annahme, daſs eine dem entsprechende Anzahl auch bei den nicht beteiligten Ärzten vorkam, würden sich 163372 Fälle von Blennorrhoe und Syphilis für das vergangene Jahr (?) ergeben. Bei weiterer Analysierung obiger Fälle zeigte sich, daſs unter Blennorrhoe 12956 Männer und 1941 Weiber gruppiert waren, bei letzteren wieder 724 = 40% mit Unterleibsaffektionen. Von Kindern waren es 265 mit purulenter Ophthalmie, 218 mit Vulvo-vaginitis, 5 mit Urethritis. Was den Ursprung der Infektionen betrifft, so wurden 8053 Fälle der öffentlichen und 3915 der geheimen Prostitution zugeschrieben. In 988 Fällen wurde eheliche Ansteckung, wohl meist vom Manne auf die Ehefrau, konstatiert. Auf die weiteren Einzelheiten der statistischen Angaben, welche noch die Art der Behandlung u. a. m. betreffen, kann hier nicht eingegangen werden. Was die Sterblichkeit an Geschlechtskrankheiten betrifft, so spricht der Bericht von 177 Todesfällen infolge von Syphilis. Bezüglich des wichtigsten Punktes, der prophylaktischen Maſsregeln, verwirft die Kommission in erster Linie die polizeiliche Reglementierung, da sie immer nur sehr mangelhaft und unvollständig in der Ausführung sein kann, weil nur einer geringen Anzahl von Prostituierten deren Vorteile zugute kommen (kaum 10% derselben sollen sich der Polizei stellen), und empfiehlt warm das Bordellwesen (Trennung von der übrigen

Bevölkerung), da (wie der Bericht sehr vernünftig hervorhebt, Refer.) die Prostitution ein notwendiges Übel unserer Gesellschaft und damit eben zu rechnen sei. Auch für die sanitäre Kontrolle ist unbedingt dieses System am sichersten. Es wird weiterhin empfohlen, dafs alle Fälle von Geschlechtskrankheiten der Anzeigepflicht von seiten der Ärzte (und Kurpfuscher? Refer.) unterliegen sollen und zwar in der Weise, dafs womöglich die Infektionsquelle angegeben, Name und Adresse des Patienten aber verschwiegen werden; die Verwalter der Bordellhäuser müfsten ebenfalls alle bei ihnen vorkommenden Krankheiten anzeigen und die kranken Insassinnen vom allgemeinen Verkehr natürlich ausgeschlossen werden. Um die Prostitution der Minderjährigen zu unterdrücken, sollte ein bezügliches Gesetz erlassen werden und minderjährige Prostituierte in Schutzhäusern oder Asylen bis zu ihrem 20. Lebensjahre zurückbehalten werden. Als eine der wichtigsten Mafsregeln wird schliefslich der Einfluſs der Erziehung und Behandlung mit erleichterter Gelegenheit zu Spitals- und poliklinischer Behandlung hervorgehoben. Jede durch die Therapie unterdrückte Ansteckungsquelle, jede durch Aufklärung des Patienten verhütete Infektion bedeutet einen Gewinn in der Verminderung der Erkrankungsziffer an Geschlechtskrankheiten. Zu den unterstützenden Mafsregeln, welche noch empfohlen werden, gehört auch das absolute Verbot aller Inserate von seiten der Kurpfuscher über ihre unfehlbaren Kuren. Der oben genannte Ausschufs ist überzeugt, dafs durch die hier vorgeschlagenen Mafsnahmen in hohem Grade die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten verhindert werden kann, wenn auch deren völlige Austilgung als eine Utopie anzusehen sei.

Stern-München.

Versuch einer Prophylaxe der venerischen Krankheiten, von G. Fischer. (*Presse méd.* 1902. No. 27.) Der Verfasser empfiehlt folgende drei Gesichtspunkte bei der Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten in den Vordergrund zu stellen: erstens müssen die Erscheinungen der Syphilis und des Trippers und die auf ihnen beruhenden sozialen Gefahren populär gemacht und zur allgemeinen Kenntnis gebracht werden; zweitens sollten die Träger der Infektionen thunlichst stets zur Anzeige gebracht werden, und drittens sollte für wenig Bemittelte die Behandlung umsonst stattfinden sowie eine Bestrafung derer Platz greifen, welche wissen, dafs sie geschlechtskrank sind, sich aber nicht behandeln lassen. *Hopf-Dresden.*

Eine Heilstätte für Geschlechtskranke ist von der Landesversicherungsanstalt Berlin in Lichtenberg eröffnet. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1902. No. 38.) Sie enthält bisher 50 Betten, und wird während der Dauer des Heilverfahrens in der Heilstätte Familien Unterstützung gewährt. (Der erste Schritt zur Besserung, dem hoffentlich bald weitere folgen. Der Ref.) *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über Ehe und venerische Krankheiten sprach Lesser in der Sitzung der Hufelandschen Gesellschaft zu Berlin am 24. Okt. 1901. (*Berl. Klin. Wochenschr.* 1902. No. 23.) Was den Tripper betrifft, so unterscheidet L. drei Gruppen von Fällen: 1. Der Patient, der früher Tripper gehabt hat, ist noch nicht verlobt und läfst sich auf seine Heiratsfähigkeit untersuchen. Finden sich Gonokokken, so ist die Erlaubnis zu versagen. Wird nach mehrfachen genauen Untersuchungen nichts gefunden, so kann die Erlaubnis erteilt werden. In den schwierigen Fällen, wo mehr weniger eiterhaltige Fäden im Urin sind, Sekret vorhanden ist etc., mufs eine grofse Zahl von Untersuchungen vorgenommen werden, die Reste des Trippers sind möglichst zu beseitigen; die Heiratserlaubnis soll nur gegeben werden, wenn trotz sorgfältigster Untersuchung Gonokokken nicht gefunden wurden, wenn die Fäden wenig Leukocyten enthalten und wenn die letzte Ansteckung oder Exacerbation mehrere Jahre zurück-

liegt. 2. Der Patient kommt als bereits Verlobter zum Arzt oder der Termin der Hochzeit ist schon bestimmt. Hier soll sich der Arzt nie auf die Fixierung eines Heilungstermins einlassen. 3. Der Patient hat den Tripper in der Ehe acquiriert. Hier ist es die schwere Aufgabe des Arztes, eine möglichst radikale Heilung herbeizuführen und die Infektion der Frau nach Möglichkeit zu verhüten. — Beim Manne sowohl, wie auch in den seltenen Fällen, wo die Frau die Frage nach der Heiratsfähigkeit stellt, ist auch die Eheinvalidität zu berücksichtigen, die durch vorausgegangene Nebenhodenentzündungen resp. Erkrankungen des Uterus und seiner Anhänge bedingt sein kann.

Die Übertragbarkeit der Syphilis ist beim Manne an die Zeit der Sekundärperiode gebunden, also ungefähr an die ersten drei Jahre nach der Infektion. Abweichungen kommen zwar, wofür L. Beispiele aus seiner Praxis anführt, nach beiden Richtungen vor, sind aber Ausnahmen. Auch die Syphilitiker teilt L. in die obigen drei Gruppen ein. Wird der Arzt vor Eingehung der Verlobung gefragt, so mufs dem Patienten gesagt werden, dafs er mindestens bis fünf Jahre nach der Infektion mit der Verheiratung warten solle und dafs er eine geignete Behandlung versuchen müsse. Infizieren sich die Patienten nach der Verlobung, so giebt es nur den einen guten Rat, die Verlobung schleunigst wieder aufheben zu lassen. Ist die Syphilis in der Ehe acquiriert, so ist eine glückliche Lösung sehr schwierig. — Folgen die Patienten den Weisungen und Mahnungen des Arztes, so stehen diesen keine Mittel zu Gebote, die Ehe zu verhindern. Zum Schlusse macht L. noch auf die Wichtigkeit der Verhütungsmafsregeln (mündliche Aufklärung seitens des Arztes, gedruckte Anweisungen) aufmerksam, da viele nur aus Unkenntnis handeln. *A. Loewald-Graudenz.*

Die Untersuchung von Ehestandskandidaten mit Bezug auf vorangegangene Geschlechtskrankheiten, von Reinhold Ledermann-Berlin. (*Allg. med. Centralztg.* 1902. No. 12 und 13.) Der vor einem Kreise praktischer Ärzte gehaltene Vortrag giebt ein klares, kurzes Bild über die bei Erteilung des Ehekonsenses zu berücksichtigenden Punkte; bei der Wichtigkeit des Gegenstandes wäre zu wünschen, dafs der Vortrag von recht vielen Ärzten gelesen würde. Dem Spezialisten bringt er nichts neues. *A. Loewald-Graudenz.*

Allgemeine Pathologie und pathologische Anatomie der Haut.

Die Empfänglichkeit hungernder Tiere für pyogene Hautinfektionen, von G. B. Frocco-Padua. (*Riv. Vineta di sc. med.* 28. Febr. 1900.) Bei Meerschweinchen, die durch Hungern ca. 30% ihres Gewichts eingebüfst hatten, fand F. die Talgabsonderung stark vermindert, infolgedessen die Haut sehr trocken. Die Hornschuppen wurden im Übermafs abgestofsen und häuften sich besonders um die Follikel- und Knäueldrüsenmündungen an. Die Elemente der Cutis zeigten Degenerationserscheinungen, die Zellen des erheblich geschrumpften Panniculus waren stark pigmentiert. Wurden solchen Tieren Bouillonkulturen des Staphylococcus aureus auf die Rückenhaut verrieben, so entstanden aufser Erythem und Desquamation, den einzigen Wirkungen bei gut genährten Kontrolltieren, zahlreiche Impetigines, Follikulitiden, Furunkel und Abscesse, und die meisten Tiere starben schliefslich an Pyämie. Die Eingangspforte für die Bakterien bildeten die Follikel. *Max Levor-Hamburg.*

Über einige Veränderungen in den Lymphdrüsen bei den dystrophischen Dermopathien, von Vincenzo Montesano-Rom. (*Rendi-conti R. Acad. Lincei.* 19. Jan.

1902.) Die Bubonen der Prurigo sind nicht Folge des Kratzens, denn sie fehlen bei anderen chronischen Hautleiden mit Jucken und haben auch ihre besonderen Merkmale: sie eitern nie, machen nie nennenswerte subjektive Beschwerden u. s. w. Wahrscheinlich sind sie ebenso wie die Drüsenschwellungen bei Zoster, bei den Hautstörungen der Syringomyelie, Akromegalie, pseudo-hypertrophischen Muskellähmung und anderen dystrophischen Dermopathien Folgen derselben nervösen Läsion, welche die Hautaffektion verursacht. Diese Annahme suchte Verfasser experimentell zu stützen. Bei Hunden, denen ein 4 cm langes Stück des Nervus cruralis nahe dem Becken exstirpiert wurde, zeigten sich nach 2—3 Monaten die Drüsen der entsprechenden Region um das 3—4fache vergrößert. Das Drüsengewebe war durch Fett ersetzt, das, ähnlich wie in der Subcutis angeordnet, durch eine Art Lakunenbildung an Lymphangiom erinnerte. Das Bindegewebe des Stroma war hyperplasiert, die Gefäße erweitert und verdickt. Kontrolltiere, denen an der gleichen Stelle nur eine Incision gemacht wurde, behielten Drüsen von normalem Bau. *Max Levor-Hamburg.*

Die Rolle der Lymphdrüsen bei der tuberkulösen und syphilitischen Infektion, von Jullien. (*Bull. et Mém. de la Soc. Méd.-Chir. de Paris.* 1901. No. 8.) Von verschiedenen Autoren ist neuerdings Beweismaterial beigebracht worden für den Wert des Lymphdrüsensystems zur Vernichtung oder wenigstens zur Bekämpfung namentlich des syphilitischen Virus. J. hat auch eine Patientin beobachtet, welche nach Vereiterung der Lymphdrüsen der einen Leiste ein Primärsyphilid der Vulva acquirierte und alsbald auf der betreffenden Seite eine ausgedehnte Roseola darbot, während die mit gesunden Lymphdrüsen noch ausgestattete Hälfte kaum etwas von Ausschlag aufwies. Laboratoriumsversuche haben auch eine Bestätigung dieser Beobachtungen ergeben. Besonders zu betonen ist aber der Umstand, daß diese antiinfektiöse Kraft der Drüsen mit Vermehrung der Leukocyten sehr bald erschöpft ist, und daß dann die Krankheitsorganismen gerade in den Drüsen den günstigsten Aufenthalt finden. Als Gegenstück weist J. auf seine (schon referierte) Beobachtung einer syphilitischen Infektion bei zwei Ärzten hin. Dieselben hatten sich bei einer Operation an einer syphilitischen Patientin mit der Nadel in die Finger gestochen. Es entwickelte sich kein Schanker, aber bei beiden trat sehr präzis nach 30 Tagen eine syphilitische Roseola hervor, die indessen prompt und ohne ernstere Erscheinungen abheilte. Ferner sieht man bei Greisen die syphilitische Infektion (trotz deren eher atrophiertem Drüsensystem) oft ganz leicht verlaufen, und Gémy führt an, daß in Algerien bei dem meist sehr ernsten Verlauf der Syphilis die Drüsenschwellungen für gewöhnlich sehr bedeutend sind. Desgleichen galt den alten Ärzten eine intensivere Drüsenschwellung als ein ungünstiges prognostisches Zeichen, und die diagnostische Bedeutung persistenter Drüsenschwellungen (wofür J. ein paar prägnante Beispiele anführt) ist ja allgemein bekannt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ablagerung von Phosphaten und Karbonaten im Haut- und Unterhautgewebe unter den klinischen Erscheinungen echter Gicht, von H. Wildbolz-Bern. (*Corr.-Blatt f. Schweizer Ärzte.* 1902. No. 8.) Bei einer Dame zeigten sich vom 50. Lebensjahre ab häufig entzündliche Schwellungen an den Händen und Fingern, besonders an den Fingerbeeren, mit heftigen Schmerzen verbunden. Nach Ablauf der akuten Erscheinungen blieben unregelmäßig geformte Verdickungen und Verhärtungen zurück, deren Inhalt sich nach einiger Zeit unter akuter Bildung kleiner Hautgeschwüre entleerte und aus einer körnig-breiigen, gelblich-weißen, an der Luft rasch erstarrenden Masse bestand, in der sich zuweilen einzelne größere, kalkartige Konkremente fanden. Ähnliche Erscheinungen traten auch an den Zehen und am linken Ellenbogengelenk

auf. Die mikroskopische Untersuchung des Breiinhalts ergab das Vorhandensein von phosphorsauren und kohlensauren Salzen, dagegen Abwesenheit von Harnsäure. Der Fall, dem sich in der Litteratur nur sehr wenig ähnliche anreihen, giebt dem Verfasser Anlafs zu der Frage, ob Tophi, die keine Urate, sondern nur Phosphate und Karbonate enthalten, mit echter Gicht in Beziehung stehen können. Die Antwort mufs weiteren Beobachtungen vorbehalten bleiben. *A. Loewald-Graudens.*

Abschuppung, von J. Reid-Bristol. (*Lancet.* 15. März 1902.) Eine besonders derbe, sehnige Abschuppung hat Verfasser bei drei Kindern nach Masern und bei einer 35jährigen Frau mit Pneumonie und Gelenkrheumatismus beobachtet. Bei dem einen Kinde trat sogar eine Wiederholung der Abschuppung binnen 10 Tagen ein. Wodurch diese ungewöhnlich kräftige Hautablösung bedingt war, konnte nicht festgestellt werden. Als Gegensatz erwähnt R., dafs er bei Tuberkulösen niemals nach Masern Abschuppung beobachtet habe. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Die therapeutischen Mafsnahmen bei Hautkrankheiten, von Albert E. Carrier-Detroit. (*Med. News.* 22. März 1902.) Von der Ansicht ausgehend, dafs zuviel bei Hautkrankheiten behandelt werde und manche derselben bei einfachem exspektativem Verhalten rascher heilen würden, giebt hier C. einige therapeutische Winke. Die Hautkrankheiten teilt er in 3 grofse Klassen ein: 1. die sog. selbstbeschränkten, welche einen gewissen umschriebenen Verlauf haben, gewöhnlich akuter Natur sind und nur wenig therapeutisches Eingreifen erheischen; 2. die gutartigen, aber unheilbaren und jene, welche trotz aller Mittel letal enden (bösartige Neubildungen); die 3. Klasse umfafst alle anderen Hautaffektionen und diese ist es, wo die geeignete Behandlung die Krankheit rasch heilen und abkürzen, ungeeignete aber zu unendlich langer Dauer führen kann. Die Therapie erfordert in erster Linie Entfernung aller reizenden Ursachen von der Haut (Beschäftigungsdermatose), sodann absolute Reinheit (Entfernung aller Krankheitsprodukte), Linderung unangenehmer subjektiver Symptome (Jucken, Schmerzen); wichtig ist die Auswahl des geeigneten Vehikels für die Einverleibung des Mittels, welches wir gebrauchen, und eine geeignet vorbereitete Applikation. Salben und Puder erfordern die Übung von Gehirn und Muskeln, wenn richtig bereitet; Erfolg und Mifserfolg bei der lokalen Behandlung werden von der geeigneten Herstellung des Mittels abhängen und mit dem Verschreiben einer Verordnung endet noch nicht unsere Pflicht. Eine Thatsache, die immer im Auge behalten werden sollte, ist die geeignete Applikation: die intermittierende Anwendung selbst milder Mittel kann eine reizende Wirkung auf die Hautaffektion haben, es würde z. B. das Auflegen einer Zinksalbe bei Eczema nur morgens und abends ganz ungeeignet sein, da sie in ständiger Berührung mit der erkrankten Haut nur den gewünschten Heilerfolg habe. Die Idiosynkrasie mancher Individuen gegen verschiedene Mittel (Chinin, Arsenik, Chlor, Jod u. s. w.) ist zu berücksichtigen und, besonders bei Kindern, die Art der Ernährung, wie überhaupt das ganze diätetische Verhalten genau zu regeln. Die allgemeinen Indikationen einiger bei den Hautkrankheiten am häufigsten gebrauchter innerer Mittel sind hier ebenfalls angegeben; die besprochene Arbeit ist wegen mancher darin enthaltener Wahrheiten manchem praktischen Arzte zur Lektüre nur zu empfehlen. *Stern-München.*

Die aseptische Methode in der Behandlung der Hautkrankheiten, von L. V. Leredde-Paris. (*Presse méd.* 1902. No. 38/40.) Der Gebrauch der Antiseptica

muſs in der Dermatologie auf wohl umschriebene Gebiete beschränkt bleiben und gewissermaſsen eine Ausnahme bilden. Die Behandlung der oberflächlichen Infektionen der Epidermis, der Infektionen der Cutis und die Prophylaxe solcher Infektionen beruht vor allem auf dem Gebrauch der Vorschriften der aseptischen Methode. Wo es sich um eine Applikation antiseptischer Mittel handelt, wird man sich begnügen, in Pausen zwischen aseptischen Verbänden oder Applikationen das Antisepticum auf die Haut zu bringen. In folgenden Artikeln will der Verfasser die Asepsis der oberflächlichen Hautschichten und der tieferen Lagen (Haarerkrankungen, Ulcerationen) behandeln. *Hopf-Dresden.*

Die exfoliierende Methode bei der Behandlung der Dermatosen (Akne, Lichenifikation, Psorospermose), von Leredde. (*Journ. d. pratic.* 1902. No. 17.) Nach L.s Erfahrungen wirken die keratolytischen Stoffe in Form starker Pasten, nur kurze Zeit appliziert, viel weniger irritierend, als in Form schwacher Salben, die lange Zeit hindurch liegen bleiben. L. bedient sich daher zur Exfoliation mit Vorliebe der einfachen 50%igen Resorcinpaste. Dieselbe wird alle 8 Tage nach vorausgegangener Abseifung der Haut 15—40 Minuten lang aufgelegt. Man beginnt mit kurzdauernden Applikationen, um die Empfindlichkeit der kranken Stellen zu prüfen, und läſst, wenn es ertragen wird, die Paste bei jeder folgenden Applikation um 5 Minuten länger liegen. Mit dieser Methode hat L. in einem Falle von Psorospermose folliculaire végétante, bei Lichen simplex und bei polymorpher Akne vorzügliche Erfolge erzielt. In leichten Fällen von polymorpher Akne genügen die weniger intensiv wirkenden Einpinselungen einer alkoholischen Resorcin-Schwefellösung; dieselben werden 3 Abende hintereinander vorgenommen. Bei entzündlicher Acne rosacea ist es vorteilhaft, sich im Anfange der Phototherapie zu bedienen, bis das Volumen der Nase bezw. der Wangen reduziert und die Kongestion beseitigt ist; dann erst wird die Schälkur mittels Resorcinpaste begonnen. In Fällen von Acne rosacea, in denen die erkrankten Partien ausgesprochen cyanotisch sind, giebt diese Methode keine so guten Resultate. — Die bei jeder Schälkur auftretenden Entzündungen werden durch Lanolincream oder dergl. beseitigt. — Die geschilderte Methode läſst sich vielleicht auch mit Vorteil bei chronisch-entzündlichen Prozessen, bei hypertrophischen Zuständen des Stratum mucosum (Akanthosis), bei pruriginösen sklerotischen Affektionen des Corium, bei der chronischen Sykosis und, allerdings nur mit groſser Vorsicht, bei Hautpigmentierungen anwenden; bei den letzteren muſs jedoch jede starke entzündliche Reaktion vermieden werden. *Götz-München.*

Kommentar zu Methoden und Präparaten Schleichs, von Wittkowski. Die Nähseide wird in Wasser sterilisiert, auf Glasspulen aufgezogen in Cylinder gesetzt, die mit sterilisierter Nährgelatine angefüllt sind, und mit steriler Watte verschlossen. Beim Gebrauch wird die erstarrte Gelatine erwärmt und die Seide herausgenommen. Als zweites Präparat schildert W. die Pasta dentrificia und schlieſslich die Wachsvaselinebinden und Borvaselinebinden, die sich zur Kompression üppig wuchernder Granulationen, als Mittel, um kleine Hämorrhoidalknoten zurückzuhalten, und zur Tamponade bei Erosionen der Portio, sowie nach Operationen in der Nase bewährt haben. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die Behandlung einiger, häufig in der Praxis vorkommender Fälle, von C. W. Canan-Orkney Springs. (*Canad. journ. of med. & surg.* Nov. 1901.)

Allgemeine Bemerkungen über die Behandlung von Geschwüren, von G. B. Beeler-Baltimore. (*Med. Summary.* Vol. XXIII. No. 1902.) In beiden Artikeln wird die aufserordentliche Wirksamkeit des Europhens bei Unterschenkelgeschwüren,

schankrösen Geschwüren des Penis, der Labien, von CANAN auch bei ulcerativem Lupus und Syphilis gerühmt; letzterer erzielte auch gute Resultate bei mit profuser seröser Sekretion einhergehendem Ekzem, bei Herpes zoster und progenitalis, bei Akne und Sykosis, bei Otitis media der Kinder, bei Ozaena in Form eines Einblase- oder Schnupfpulvers. Es wurde von C. in Pulverform oder als 10—15%ige Salbe, bei hochgradigen Verbrennungen 3 Teile Europhen auf 7 Teile Provenceröl angewandt. In den Fällen von B. kam es vornehmlich als Streupulver zur Verwendung, in einem Falle von Mastdarmgeschwür jedoch in Form von Suppositorien und bei einer Cervixulceration in Gestalt von mit Europhenöl getränkten Tampons. *Stern-München.*

Beitrag zum Studium der sogenannten desinfizierenden Seifen, mit besonderer Berücksichtigung der Kreolinseifen, von C. TONZIG. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1902. No. 2.) Eingehende Versuche lehren den Verfasser, dafs die den Seifen eigene desinfizierende Kraft durch Zusatz der Desinfizientien nicht erhöht wird. Das gilt von Kreolin, wie von Sublimat, Salicylsäure, Karbolsäure etc. Die Desinfizienten verlieren in der Seife ihre Wirksamkeit durch chemische Umsetzung. Die beste desinfizierende Seife ist diejenige, die möglichst rein und möglichst wasserfrei ist.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Heilung grofser Weichteil- und Hautdefekte der Extremitäten mittelst gestielter Hautlappen aus entfernten Körperteilen, von ELBOGEN. (*Prag. med. Wochenschr.* 1901. No. 20.) Ein Defekt am Unterarm und Ellenbogengelenk nach Verbrennung und ein solcher am Daumen nach Exstirpation einer denselben unbrauchbar machenden Narbe wurden geheilt, indem ein gestielter Hautlappen aus der Thoraxhaut auf die fest an der Thorax angelegte granulierende Wunde beseitigt wurde. Nach einigen Wochen wurde dann der Stiel durchtrennt.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Hautverpflanzung nach der Methode WOLFE-KRAUSE, von H. M. W. GRAY-Aberdeen. (*Scott. med. Journ.* 1901. No. 4.) Der Verfasser berichtet 9 Fälle, in denen er die Transplantation nach der WOLFE-KRAUSEschen Methode ausgeführt hat. Die Stellen, von denen die Haut entnommen und auf welche sie aufgepflanzt werden soll, werden 3 Tage lang täglich einmal desinfiziert. Wo Granulationen zu bedecken sind, empfiehlt GRAY vorher die Abkratzung vorangehen zu lassen und die Wundfläche gut zu desinfizieren, am besten nach der von CHEYNE und BURGHARD empfohlenen Vorschrift. *Hopf-Dresden.*

Balneologie und Dermatologie, von E. VOLLMER-Kreuznach. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1902. No. 37.) Die Arbeit enthält nichts Neues und betont nur den günstigen Einfluss der Bäder auf verschiedene dermatologische Krankheiten.

Bernhard Schulze-Kiel.

Einige kleine praktische Winke für die dermatologische Therapie, von J. M. KOCH-Philadelphia. (*Int. med. Mag.* Jan. 1902.) Der Aufsatz enthält nichts, als das ABC jeder Therapie. *A. Loewald-Graudenz.*

Über die Lichtbehandlung von Hautaffektionen nach der FINSENschen Methode, von E. LESSER-Berlin. (*Ztschr. f. diät. u. physik. Ther.* 1901/02. Bd. V. Heft 6.) Nach den allerdings erst ein halbes Jahr umfassenden Erfahrungen, die Verfasser im Universitätslichtinstitut gesammelt hat, kann er die günstigen Berichte der Lupusbehandlung mit FINSENlicht bestätigen. 5 Lupuskranke und 1 Patient mit Lupus erythematodes konnten als vorläufig geheilt mit gutem kosmetischen Resultat entlassen werden; bei den übrigen Lupuskranken sind gute Fortschritte erkennbar.

A. Loewald-Graudenz.

Über das Wesen und die Fortschritte der Finsenschen Lichtbehandlung, von Arnold Sack-Heidelberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1902. No. 13 u. 14.) In kurzer, zusammenfassender Darstellung schildert der Verfasser die physikalischen und biologischen Voraussetzungen der Finsenschen Lichtbehandlung, die mit derselben bisher erzielten Resultate und den Finsenschen Apparat. Von Apparaten, die zur Vereinfachung des Finsenschen Verfahrens angegeben wurden, erwähnt der Verfasser die Lampe von Lortet und Genoud, die nach seinen eigenen Erfahrungen sehr bequem und leicht zu handhaben ist und für praktische Zwecke wirklich Hervorragendes zu leisten vermag. Von 6 Lupusfällen, die S. bisher mit diesem Apparat behandelt hat, sind trotz der verhältnismäfsig kurzen Behandlungsdauer 2 anscheinend schon geheilt, die übrigen ganz auffallend gebessert. Auch ist es gelungen, mit Hülfe des Lortet-Genoudschen Apparats einen Fall von Hautcarcinom der Heilung entgegen zu führen. Über eine neue, von Foveau und Trouvé angegebene Lampe hat S. noch keine eigenen Erfahrungen. Die Handlampe von Bang, die seiner Zeit mit weitgehenden Hoffnungen begrüfst worden ist, hat sich speziell für die Lupusbehandlung nicht bewährt, da die vom Eisen gelieferten ultravioletten Strahlen anscheinend eine nur geringe Penetrationskraft für die Gewebe haben und daher keine Tiefenwirkung ausüben können. Dagegen ist nach den Erfahrungen des Verfassers die sehr energische photochemische Entzündung, welche die Bangsche Handlampe auf der Haut erzeugt, vollkommen genügend, um Affektionen, wie die Alopecia areata, Teleangiektasien, oberflächliche Mykosen etc., rasch und sicher zum Verschwinden zu bringen. Die „Dermo"-Lampe, die mit einem grofsen Aufwand von Reklame in Deutschland vertrieben wird, ist nichts anderes, als eine etwas veränderte, aber sicher nicht verbesserte Bangsche Lampe. *Göts-München.*

Über den Einfluſs dissocilerender Strahlen auf organisierte Substanzen, insbesondere über die bakterienschädigende Wirkung der Becquerel-Strahlen, von E. Aschkinass und W. Caspari-Berlin. (*Arch. f. d. ges. Physiol.* Bd. 86.) Aus der Arbeit sei zunächst hervorgehoben, dafs die Verfasser nach ihren zahlreichen Versuchen den Röntgenstrahlen einen entwickelungshemmenden Einfluſs auf Bakterien absprechen. Die sehr sorgfältigen, alle möglichen Fehlerquellen berücksichtigenden Versuche, wie Becquerelstrahlen auf Bakterien wirken, führte zu folgenden Ergebnissen: Von den Radium-Baryumbromidkristallen, mit denen die Versuche angestellt wurden, gehen stark durchdringende und stark absorbierbare Strahlen aus. Wurden die letzteren durch Einschliefsen der Kristalle in eine Metallkapsel ausgeschaltet, so fand keine Spur einer Entwickelungsschädigung statt; die stark durchdringenden Strahlen wirken also nicht auf Bakterien ein. Hatten dagegen die stark absorbierbaren Strahlen Zutritt zu den Bakterienkulturen, so wurde mit grofser Regelmäfsigkeit eine Wachstumshemmung beobachtet, frühestens nach einer Stunde Expositionszeit erkennbar. Bei längerer Expositionszeit ist völlige Abtötung zu erwarten. Die Verfasser glauben, dafs die radioaktiven Substanzen vielleicht einmal wertvolle Hülfsmittel der internen Therapie bacillärer Erkrankungen werden können, da man die Substanzen dem Organismus selbst einverleiben und so event. direkt auf den Herd der infektiösen Erkrankung einwirken lassen kann. (Vorläufig kostet allerdings 1 g radioaktiver Substanz etwa 8000 Mark! Ref.) *A. Loewald-Graudenz.*

Die Wirkung der kalten „Eisenstrahlen" der Dermo-Lampe, von E. Below-Berlin. (*Allg. med. Centralztg.* 1902. No. 19 u. 20.) Verfasser hat mit der Dermo-Lampe, bei welcher durch Eisenelektroden ein an ultravioletten Strahlen sehr reiches Licht erzeugt wird, Versuche angestellt, um zu prüfen: 1. wie tief die Wirkung dieser

Strahlen auf menschliches oder tierisches (auch pflanzliches) lebendes, gesundes Gewebe ist; 2. wodurch die Wirkung der ultravioletten Strahlen event. verhindert oder verzögert wird; 3. wie die Wirkung der ultravioletten Strahlen auf Bakterien ist; 4. welche Anwendungsweise der Strahlen für die Therapie daraus hervorgeht. — Die ursprüngliche Konstruktion der Dermo-Lampe hat insofern Veränderungen erfahren, als die Wasserspülung selbstregulierbar gemacht wurde und der „Drücker" hinzukam, ein mit Handgriff versehenes Kristall zum Abpressen der Blutzirkulation von der bestrahlten Stelle; das früher diffuse Licht ist ferner durch eine Konzentrationslinse auf einen stecknadelkopfgroßen Focus konzentriert. Mit dieser Lampe stellte Verfasser, was die Tiefenwirkung betrifft, vorläufig fest, daß in 3—5 Minuten, bei 5 Amp. und 40 Volt, 37° C., die Cutis in ganzer Dicke infiltriert wird und an der Epidermis Eintrocknungserscheinungen auftreten. Hinsichtlich der zweiten Frage ergeben Versuche mit dem Hertzschen Aktinoskop, daß die ultravioletten Strahlen durch Glas, Gelatine und lebendes, blutdurchströmtes Gewebe absorbiert werden. Dagegen wurde, wie bakteriologische Versuche ergaben, die baktericide Kraft der Strahlen trotz Einschaltung der absorbierenden Medien nicht beeinträchtigt. Daraus folgert Verfasser, daß die entwickelungshemmende Wirkung der Dermo-Strahlen anderen chemischen Strahlen als den ultravioletten zugeschrieben werden müsse, die außerdem noch von den wasserumpülten Eisenelektroden ausgehen. Mit einem Seitenhieb auf Finsen warnt Verfasser vor verfrühten Klassifikationen der Lichtstrahlen. (Daß an ultravioletten Strahlen sehr reiches Licht auch das Hindernis, welches das Blut für die Penetration setzt, überwindet, hat schon Möller festgestellt, ohne aber zu so voreiligen Schlüssen wie Verfasser zu kommen! Ref.) — Aus den Versuchen über die baktericide Kraft der Dermo-Strahlen, welche Verfasser zusammen mit Aufrecht ausführte, ist zu entnehmen, daß Gonokokken in zwei, Anthraxbacillen in drei, Skreptococcus pyogenes in drei, Staphylokokken in sechs Minuten abgetötet wurden. — Das Anwendungsgebiet der Dermo-Lampe bilden vorzugsweise die Hautkrankheiten, speziell die parasitären Ursprungs; doch ist auch die Einführung der Strahlen in die Körperhöhlen nicht ausgeschlossen. *A. Loewald-Graudenz.*

Röntgenstrahlen in der Behandlung der Hautkrankheiten, von W. A. Pusey-Chicago. (*Journ. Amer. med. Assoc.* 28. Sept. 1901.) Eine frühere Übersicht über die einschlägige Litteratur (vergl. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 22, S. 409) führt P. für das letzte Jahr weiter und berichtet über einige eigene Fälle von Hypertrichosis Lupus, Carcinom. Aus theoretischen Gründen wird angeregt, auch gegen Hyperhidrosis X-Strahlen zu versuchen. *Max Levor-Hamburg.*

Der gegenwärtige Stand der Röntgentherapie, von Eduard Schiff-Wien. (Grass, Barth & Co., Breslau 1901.) Ausführliche Zusammenfassung eigener und fremder Erfahrungen aus dem Gebiete der Röntgenstrahlen und ihrer therapeutischen Verwendung. Diese Beobachtungen sind schon früher in den Monatsheften erschöpfend referiert worden. *Hopf-Dresden.*

Beitrag zur therapeutischen Verwertung der Röntgenstrahlen, von T. Sjögren und E. Sederholm-Stockholm. (*Fortschr. f. Röntgen.* 1901. No. 4.) Die Verfasser haben eine Reihe verschiedener Dermatosen radiographisch behandelt und geben an der Hand einer Kasuistik ihre Schlüsse und Ansichten wieder.

Lupus vulgaris (27 Fälle) wird günstig beeinflußt. Meist fand eine Kombination mit chirurgischen Eingriffen statt. Dann kann man fast stets zur Heilung gelangen. Kleine Rezidive sind nicht zu vermeiden und müssen darauf von neuem in Angriff genommen werden.

Lupus erythematosus und Tuberkulide (6 und 5 Fälle) fanden eben dieselbe günstige Beeinflufsung.

Für inveterierte Ekzeme gilt dasselbe (10 Fälle).

Antipruriginöse Wirkung war zu konstatieren bei Pruritus ani et vulvae. Sobald keine starken Hautveränderungen entstehen und nicht andere Ursachen, die dauernd bleiben, zu Grunde liegen (Hämorrhoiden, Myome) kann Heilung erzielt werden. (4 beobachtete Fälle.)

Bei alten Geschwüren werden gute Granulationen durch radiotherapeutische Eingriffe hervorgerufen (4 Fälle).

Bei Hypertrichosis (11 Fälle) bewirken dieselben Haarausfall, doch ist derselbe nicht von Bestand und mufs wiederholt erzeugt werden, um dauernd zu bleiben.

Oberflächliche Epitheliome (Ulcus rodens) und Warzen (5 Fälle) schrumpfen und schwinden unter Röntgenstrahlen. Auf Psoriasis besteht scheinbar kein Einfluſs.

Hopf-Dresden.

Erwiderung auf die „kritischen Bemerkungen über den von Grouven in der Niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Bonn gehaltenen Vortrag über Röntgentherapie bei Hautkrankheiten von R. Hahn“, von Grouven-Bonn.

Entgegnung auf vorstehende Erwiderung, von R. Hahn-Hamburg. (*Fortschr. f. Röntgen.* 1902. No. 4.) Hahn hatte getadelt, daſs in obengenanntem Vortrage Grouven den Röhrenabstand zu groſs und die Expositionsdauer zu lange gewählt habe. Letzterer entgegnet, daſs sich sein Vortrag auf das erste mit X-Strahlen behandelte Material bezog. Zu jener Zeit sei die Methodik der Rhadiotherapie noch nicht so fortgeschritten gewesen wie später. Schon seit Ende 1900 wird auch in Bonn der Röhrenabstand auf 10 cm und weniger bemessen, so lange die Haut reaktionslos bleibt. Die Dauer der Belichtung ist täglich 30 Minuten oder mehr. Bei der Behandlung des Lupus ist es nicht nötig die Bestrahlung bis zum vollständigen Schwinden jeder Reizung auszusetzen. Eine gewisse Hyperämie ist sogar als Heilfaktor erwünscht. Als unzweckmäſsig wurde aufgegeben die gleichzeitige Belichtung mehrerer Kranker durch eine Röhre. Neuerdings wird die Hintereinanderschaltung mehrerer Röhren nach Hahn geübt. Letzterer spricht sich gegen eine länger als 10 Minuten dauernde Belichtung aus. Zur Enthaarung empfiehlt er 8—10 Tage je 6—10 Minuten zu bestrahlen und dann auszusetzen und die Reaktion abzuwarten.

Hopf-Dresden.

Über die physiologische Wirkung und therapeutische Anwendung hochgespannter Ströme von starker Wechselzahl (Arsonvalströme), von A. Stembo-Wilna. (*Petersb. med. Wochenschr.* 1902. No. 11.) Verfasser bestätigt bis zu einem gewissen Grade die Angaben der französischen Autoren über die Wirkung hochgespannter Ströme. Er hat sie in einer gröfseren Zahl von Krankheiten verschiedener Art angewandt, u. a. in einem Fall von Sklerodermie und in einem Fall von Pruritus universalis essentialis. Die Sklerodermie blieb gänzlich unbeeinflufst, das Jucken beim Pruritus hörte schon nach einigen Sitzungen vollkommen auf.

A. Loewald-Graudenz.

Über Schwefelwasser und Hautkrankheiten, von Axel Winckler-Nenndorf. (*Med. Woche.* 1901. No. 20—22.) Der Verfasser tritt energisch für die Anwendung der Schwefelwässer in der Dermatotherapie ein. Im allgemeinen ist ein Rückgang des Besuchs von Schwefelbädern durch Hautkranke nicht zu verkennen. Doch giebt es auch noch Schwefelthermen, deren Besucher sich zur Hälfte aus Hautkranken rekrutieren (Schinznach). Einzelne französische Schwefelbäder haben ebenfalls bis zu

50% Hautleidende unter ihren Besuchern. Amster berichtet, dafs die Schinznacher Quellen von 156 Hautkranken 75 geheilt, 78 gebessert haben. Grandidier beobachtete auf Grund 25jähriger Erfahrung folgende Wirkungen der Nenndorfer Quellen unter 658 Hautfällen 225 Heilungen und 242 Besserungen. Vom Ekzem behauptet der Verfasser, dafs es meistens durch Schwefelwasser — immer gemeint die starken Wässer, die neben erheblichen Mengen von Schwefelalkalien noch mindesten 15 ccm freies Schwefelwasserstoffgas pro Liter enthalten — heilbar sei. Die Trinkkur ist bei allen Fällen von Ekzem sofort zu beginnen, die Badekur nur für chronische Ekzeme zu empfehlen. Auch bei akuten oder subakuten Schüben derselben ist Vorsicht zu empfehlen. Hierfür empfiehlt Winckler lebhaft Schwefelgasbäder. Der Kranke mufs täglich 20—25 Minuten in einem mit Schwefelgas angefüllten Zimmerchen sitzen. Doch darf keine Zerstäubung des Wassers erfolgen, weil sonst der Sauerstoff der Luft alle Schwefelwasserteilchen innig berührt, wodurch sofort Schwefel und Wasser entsteht. Die Quelle darf nur springbrunnenartig empor geschleudert werden, wodurch viel Gas an die Zimmerluft abgegeben wird. Das so entstehende Gasgemenge von unterschwefliger Säure, Tetrathionsäure, Kohlensäure, Stickstoff und anderen Gasen wirkt sehr sedativ auf die erkrankte Haut, auch bactericid. Ausgezeichnete Dienste leisten die Schwefelbäder bei der Furunculose, mit Ausnahme der diabetischen und auf Eiterinfektion beruhenden. Sonst heilt aber manche Furunculose durch die blofse Trinkkur. Auch bei Acne vulgaris kann man mit den Schwefelbädern recht gute Erfolge erzielen. Hier müssen oft Baden, Trinkkur und Schwefelseife gemeinsam in Aktion treten. Weber-Alvanen rühmt auch die Wirkung von Schwefelschlamm-Kataplasmen. Auch Acne rosacea, Pruritus, Prurigo, Sycosis, Ichthyosis und andere Dermatosen werden günstig beeinflufst. Die klassische Anwendungsmethode der Schwefelbäder besteht in der Darreichung prolongierter Bäder von 34—36° Celsius. Das erste Bad 15—30 Minuten, jedes folgende länger bis zur Dauer von zwei und drei Stunden. Manche Ärzte lassen täglich zwei Bäder nehmen, morgens bis 2½ Stunde, abends bis 1½ Stunde. Die moderne Therapie der Schwefelthermen giebt 4—6 Wochen lang täglich ein lauwarmes Bad von 33—34° Celsius von 10—40 Minuten Dauer. Dabei tritt auch das kritische Badefriesel, Possée der Franzosen nicht auf. Dasselbe besteht in einem Erythem der grofsen Gelenke, zu dessen glänzend gespannter Haut später kleine rote Papeln hinzutreten. Daneben besteht Fieber, die Haut bekommt Rhagaden. Schliefslich feine Schuppung. Grofser Wert ist nach Ansicht des Verfassers in der Dermatotherapie auf die Diät zu legen. Ohne sie keine rechte Wirkung der Schwefelbade und -Trinkkuren. *Hopf-Dresden.*

Das Atoxyl (Metaarsensäureanilid), ein neues Arsenpräparat, und dessen dermatotherapeutische Verwendung, von Walter Schild-Berlin. *(Berl. klin. Wochenschr.* 1902. No. 13.) Das Atoxyl ($C_6H_5NHAsO_3$) enthält 37,69% Arsen, es stellt ein weifses, geruchloses Pulver von schwachsalzigem Geschmack dar, welches sich in warmem Wasser bis zu 20% löst, wovon aber beim Erkalten 2% in Gestalt von wasserhellen Kristallen ausfallen. Innerlich bewirkt es schon in geringer Dosis Appetitstörungen, es eignet sich nur hypodermatisch zur Applikation in der Art, dafs man von einer 20%igen Lösung zuerst zwei Teilstriche einer Pravatzspritze injiziert und allmählich bis zu einer ganzen Spritze (= 0,2) steigt, anfangs täglich, später zweitägig und zwar intramuskular in die Glutaeen, was keine Schmerzen hervorruft, wie es auch sonst leicht erträglich, reiz- und schadlos ist. Es empfiehlt sich bei Xanthoma diabeticum, Lichen ruber und zur Unterstützung und Beschleunigung einer äufserlichen Psoriasiskur, wobei es sich trefflich bewährte. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über die therapeutische Verwendung des kakodylsauren Natrons und die intravenöse Arsenbehandlung, von F. Mendel-Essen a. d. Ruhr. (*Therap. Monatsh.* April 1902.) Verfasser hat bei einer Reihe von Erkrankungen das kakodylsaure Natron intravenös verabfolgt und sich von der Unschädlichkeit dieser Art der Darreichung überzeugt. Er hält die Methode für die zuverlässigste und am schnellsten wirksame von allen Methoden der Arseneinführung. (Die Vorzüge dieser Methode sind, was Verfasser nicht anführt, schon geraume Zeit — seit der Empfehlung der intravenösen Injektionen von Acid. arsenicos bei Psoriasis durch Herxheimer — bekannt. Ref.) Das Natr. cacodyl. spritzte Verfasser in 5%iger Lösung ein und zwar in Tagesdosen von 0,05 bis 0,2 g, selten noch mehr. Die wenigen Fälle von Hauterkrankungen, die Verfasser dieser Kur unterzogen hat, berechtigen nicht zu irgendwelchen Schlüssen; ein Fall von Psoriasis blieb trotz grofser Dosen unbeeinflufst, zwei Fälle von Acne vulgaris facici mit Seborrhoea capitis wurden in sechswöchentlicher Behandlung erheblich gebessert. *A. Loewald-Graudenz.*

Die Derivate des Formaldehyds bei Behandlung der Intertrigo, Hyperhydrosis und einigen anderen Formen von Ekzem, von Weljamowitsch. (*Med. Obosrenje.* 1902. S. 721.) Verfasser rühmt das Tannoform in Verbindung mit Talc oder Amylum (1:4—5) bei Intertrigo, nässendem Ekzem und wunden Füssen, in diesen Fällen hat sich ihm auch das Urotropin in Verbindung mit Tannalbin, Ac. Corici et Mag. bismuthi sa bewährt. Bei Hyperhydrosis pedum hat Verfasser sehr gute Resultate gesehen von Formalinpinselungen und auch schon von schwächeren Lösungen (1:3 Teile Aqua). *Arth. Jordan-Moskau.*

Ein Fall von schwerer Pyrogallolvergiftung, von Paul Rusch. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1901. No. 52.) Eine gravide Frau mit Psoriasis erkrankte nach Pyrogallolbehandlung unter den schwersten Vergiftungserscheinungen. Dennoch erfolgte Genesung, nachdem eine Frühgeburt der abgestorbenen Frucht mit Erfolg eingeleitet war. Hämaturie und Hämoglobinurie fehlten unter den Intoxikationserscheinungen, die dunkelschwarzbraune Farbe des Urins war aber vorhanden. — Es scheint die Gravidität die Intoleranz gegen Pyrogallol zu steigern. Es dürfte während der Gravidität nur das Gallacetophenon angewendet werden, welches als 20%ige Salbe gut wirkt und gut vertragen wird. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Anwendung des Chinosol (oxychinolin-sulfosaures Kalium), von Fr. Kipp-Unna-Königsborn. (*Allg. med. Centralztg.* 1902. No. 27.) Zunächst am eigenen Körper, dann auch bei anderen überzeugte sich Verfasser von der günstigen Wirkung 1%iger Chinosoleinspritzungen bei Karbunkeln. Schmerzen und Infiltration verschwanden in überraschend kurzer Zeit. Seither hat Verfasser das Chinosol in Lösungen von 1:1000 bis 1:100, sowie innerlich bei verschiedenen Leiden angewandt, auch bei tuberkulösen Erkrankungen, und berichtet über mehrfache gute Erfahrungen bei lupösen Geschwüren. *A. Loewald-Graudenz.*

Orthoformausschläge, von W. Dubreuilh-Bordeaux. (*Presse méd.* 1901. No. 40.) Verfasser unterscheidet:

1. Erythematöse Ausschläge mit oder ohne Blasen- oder Pustelbildung;
2. gangränöse Ausschläge.

Die ersteren sitzen mit Vorliebe im Gesicht und in der Nachbarschaft der Applikationsstelle des Orthoforms; sie können gleich beim ersten Gebrauch des Mittels auftreten, in der Regel geschieht es aber erst nach mehrtägigem Gebrauch. Ist einmal Intoeranz eingetreten, so genügt die geringste Dosis, um eine Neueruption auszulösen.

Diese Erytheme heilen in einigen Tagen bei Fortlassung des Orthoforms und Anwendung milder Salben. — Die gangränösen Ausschläge treten unter der Form scharfrandiger, nekrotischer Ulcerationen von gröfserer oder geringerer Tiefe auf, sind von sehr heftigen Schmerzanfällen begleitet, die durch weitere Orthoformanwendung nach der Angabe mehrerer Autoren nur noch verstärkt werden. Die beiden Fälle, die Verfasser mitteilt, zeichneten sich im Gegenteil gerade dadurch aus, dafs nur durch neue Orthoformapplikation die Schmerzen gelindert wurden, ein Umstand, der eine erfolgreiche Therapie sehr erschwerte. Im ersten Falle handelte es sich um eine Frau mit Pruritus analis, bei der nach dem Gebrauch von Orthoform die ganze Analumgebung in eine lebhaft entzündete Fläche mit zahlreichen, speckig belegten Ulcerationen umgewandelt worden war. Der zweite Fall betraf eine Frau mit einer Hauterkrankung an den Fingern; hier kam es einige Tage nach Anwendung des Orthoforms erst zu diffuser Hautentzündung der Hände und Vorderarme, die trotz weiteren Gebrauchs des Mittels nach und nach zurückging, aber an den Fingern bildeten sich grauschwarze Ulcerationen in beträchtlicher Zahl. Versuche, das Orthoform fortzulassen, scheiterten zunächst an den danach auftretenden wahnsinnigen Schmerzen; erst unter Anwendung von Morphiuminjektionen gelang es, der Patientin das Orthoform zu entziehen, worauf die Geschwüre in ganz kurzer Zeit heilten.

A. Loewald-Graudens.

Als **Beitrag zur Einwirkung des Quecksilbers durch Verdunstung, resp. Einatmung** macht J. H. S. (*Corr.-Blatt f. Schweizer Ärzte.* 1902. No. 5) eine interessante Mitteilung. S. benutzte in den fünfziger Jahren des vorigen Jahrhunderts während seiner Assistentenzeit metallisches Quecksilber zur Härtung drüsiger Organe für mikroskopische Zwecke. Das Gefäfs mit 4 kg Quecksilber bewahrte er in dem Zimmer, in dem er wohnte und schlief. Nach einigen Wochen bekam er sehr starkes Zittern der Hände, das erst nach Beseitigung des Quecksilbers aus dem Zimmer aufhörte. Sein damaliger Chef Jung erzählte ihm bei der Gelegenheit von dem „Salivationsraum“ in der Charité auf Kunsts Abteilung; in dieses Zimmer wurden alle Syphilitiker ohne sonstige Medikation bis zum Erscheinen eines gehörigen Speichelflusses gelegt. Die Ursache dieser Wirkung in dem Raume war völlig dunkel, bis bei einer späteren Reparatur des Fufsbodens sich in der Zwischenfüllung eine erhebliche Menge metallischen Quecksilbers vorfand. *A. Loewald-Graudenz.*

Über Quecksilberzittern, von S. Erben. (*Wien. med. Wochenschr.* 1902. No. 15.) Ein Hutmacher, welcher längere Zeit mit einer Quecksilber enthaltenden Beize gearbeitet und damals eine Stomatitis bekommen hatte, litt alsdann auch an Zittern, das mehrere Jahre hindurch in Intervallen auftrat und dann mehrere Monate anhielt. Er zeigt das charakteristische Bild des Intentionszitterns, welches an den Armen aus dem Handgelenke erfolgt: die Finger führen keine selbständige Bewegung aus. Dieses Moment und das Sistieren des Schüttelns in der Ruhe, die Symmetrie unterscheiden das Leiden von der Paralysis agitans. — Der alkoholische Tremor steigert sich niemals zum Schütteln, ist bedeutend schneller und zeigt allerfeinste Bewegungen der Finger, fast stets besteht dabei Tremor der Zunge und des Gesichts. Das Greisenzittern cessiert bei der Ruhe im Gegensatz zum Tremor beim Morbus Basedow, bei der Bleiintoxikation und bei dem essentiellen Zittern. Von reiner Ataxie ist der Intentionstremor leicht zu unterscheiden, wenn man den Kranken nach der Nasenspitze greifen läfst; der Ataktische verfehlt das Ziel. — Die Herdsklerose, für die das Intentionszittern pathognostisch ist, geht mit sonstigen Nervensymptomen einher. — Vom Zittern bei Schwäche und Lähmung unterscheidet sich der Tremor mercurialis dadurch, dafs er bei der Ermüdung aufhört, während er sonst zunimmt. — Schon

Charcot hat gezeigt, daſs beim Quecksilberzittern Intermissionen in der Ruhe und excessives Steigen bei der Bewegung abwechseln. Gowers lehrte, daſs in späteren Stadien das Zittern ein andauerndes sein kann. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Das Hermophenyl als Antisepticum und Anisyphiliticum, von Alfred Martinet. (*Presse méd.* 1901. No. 99.) Die Nachteile aller bisher bekannten Merkurderivate, daſs die Eiweiſskörper fällen, für die Schleimhäute reizend wirken, bei Injektionen Schmerzen verursachen und toxisch wirken, glauben A. und L. Lumière, Chevrotier und Perrin bei einem von ihnen empfohlenen neuen Quecksilberpräparat beseitigt zu haben. Es ist das eine organisch-metallische Zusammensetzung, ein Karboldisulfonnatriumsalz des Merkurs mit dem Namen Hermophenyl (Hermes = Merkur). Es ist ein weiſses, in Wasser lösliches (22 zu 100 bei 15°) Pulver, dessen Lösungen keinen metallischen Geschmack haben. Sie fällen in der Kälte kein Eiweiſs, sie lassen sich ohne Veränderung bis zu 120° erhitzen. Toxische Wirkungen mäſsig. Bakterientötende Kraft groſs. Keine reizenden Eigenschaften. Besonders günstige Erfahrungen sammelte Reynès-Marseille bei der Anwendung des Hermophenyls in der Form subcutaner Einspritzungen bei 25 Syphilitischen. Er injizierte von einer Lösung Sol.-Hermophenyl 0,05 : 10,00 alle 2—3 Tage 4 ccm = 0,029 Hermophenyl = 0,08 Hydrargyrum metallicum. *Hopf-Dresden.*

Verſchiedenes.

Über die Ergebnisse der vor zwei Jahren unter den preuſsischen Ärzten veranstalteten **Umfrage über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten** teilt Prof. Dr. Guttstadt, der die Umfrage bearbeitet hat, folgendes mit: „Von den 14507 Ärzten, denen die im Ministerium entworfenen Zählkarten zugesandt wurden, haben 9204 = 63,45 v. H. Antworten eingeschickt. Ausweislich dieser beantworteten Zählkarten befanden sich am 30. April 1900 von je 10000 erwachsenen Personen im ganzen Staat überhaupt 18,46, von männlichen 28,20, von weiblichen 9,24 wegen Geschlechtskrankheiten in Behandlung approbierter Ärzte. Die Beteiligung des weiblichen Geschlechts war also bedeutend geringer als diejenige des männlichen. Die relativ gröſste Krankenzahl, nämlich — auf je 10000 berechnet — 141,94 männliche und 45,73 weibliche Kranke, hatte Berlin aufzuweisen. Von den Regierungsbezirken folgte Köln mit 58,91 männlichen und 19,44 weiblichen Kranken, dann Wiesbaden mit 57,17 bezw. 15,96, Hannover mit 44,61 bezw. 10,27, Düsseldorf mit 33,30 bezw. 10,99, Breslau mit 33,25 bezw. 9,95. Eine zweite, etwas weniger beteiligte Gruppe — mit 24—30 Kranken von je 10000 männlichen Erwachsenen — bilden die Regierungsbezirke Stettin, Danzig, Königsberg, Aachen, Potsdam und Aurich. Eine dritte Gruppe — mit 15—23 Kranken von je 10000 Männern — bilden die Regierungsbezirke Magdeburg, Schleswig, Merseburg, Trier, Erfurt, Liegnitz und Frankfurt. Eine vierte Gruppe — mit 10—14 Kranken von je 10000 Männern — bilden die Regierungsbezirke Bromberg, Koblenz, Oppeln, Stralsund, Arnsberg, Posen, Cassel, Hildesheim, Lüneburg. Zwischen 6 und 10 Kranken von je 10000 Männern haben die Regierungsbezirke Stade, Gumbinnen, Minden, Marienwerder und Köslin. Die geringsten Zahlen im ganzen Staate — unter 5 Kranken von je 10000 Männern und

unter 2 von je 10000 Frauen — zeigten die Bezirke Münster, Osnabrück und Sigmaringen. Die erwachsene Bevölkerung der gröfseren Städte erwies sich als von diesen Krankheiten in der bedrohlichsten Weise heimgesucht. Zum Beweise dafür dienen folgende Zahlen. In den 107 gröfseren Städten des Landes zusammen wohnen 23,78 v. H. der gesamten männlichen und 23,53 v. H. der gesamten weiblichen Bevölkerung des Staates. In diesen Städten aber befanden sich nicht weniger als 78,51 v. H. der gesamten männlichen und 78,05 v. H. der gesamten weiblichen Personen, welche sich am 30. April 1900 wegen dieser Leiden in Behandlung approbierter Ärzte befanden. Die gröfseren Städte standen also dreimal so ungünstig wie das gesamte übrige Land. Im einzelnen ist das Verhältnis folgendes: Auf je 10000 der erwachsenen Bevölkerung kommen Kranke solcher Art: 1. im Staate 28,2 männlich, 9,24 weiblich; 2. in Berlin 141,94 bezw. 45,73; 3. in 17 Städten mit mehr als 100000 Einwohnern 99,87 bezw. 27,89; 4. in 42 Städten mit 30000—100000 Einwohnern 58,40 bezw. 17,60; 5. in 47 Städten mit weniger als 30000 Einwohnern 45,05 bezw. 16,89; 6. zusammen in den 107 gröfseren Städten 93,11 bezw. 28,26; in den übrigen Städten und Landgemeinden 7,95 bezw. 2,72." Es ist selbstverständlich, dafs die erhaltenen Zahlen nur eine untere Grenze der gesuchten Zahlen darstellen. Das folgt zunächst daraus, dafs sich nur ein Teil der Ärzteschaft die Mühe genommen hat, die Fragekarte überhaupt zu beantworten. Es ist durchaus nicht anzunehmen, dafs alle diejenigen Ärzte, die sich der Beteiligung enthalten haben, zur Zeit der Umfrage keine Kranken der in Rede stehenden Art in Behandlung gehabt haben. Viele unterlassen die Beantwortung derartiger Karten aus Indolenz, wieder andere aus Prinzip. Ferner ist zu bedenken, dafs ein grofser Prozentsatz sexuell Erkrankter sich von Kurpfuschern und ein weiterer endlich gar nicht behandeln läfst. Zu den letzteren gehören solche, bei denen ein Geschlechtsleiden zum ersten Male relativ mild auftritt und deshalb anfänglich von den Patienten nicht sonderlich beachtet wird, ferner solche, die sich, der Entstehungsursache bewufst, aus falscher Scham nicht behandeln lassen, und endlich eine nicht geringe Zahl von Kranken, die sich vorzeitig der Behandlung entzogen haben und nun unter Umständen jahrelang mit ihrem chronisch gewordenen Leiden umherlaufen. Berücksichtigt man alle diese Umstände, so sieht man, dafs man sich aus dem oben berichteten Resultate der Enquete auch nicht annähernd eine Vorstellung von der thatsächlichen Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in Preufsen bilden kann.

(*Allgem. med. Central-Ztg.*, 1902. No. 53.)

Berichtigung. In der Arbeit von Dr. Rasch „Histologisches über Kaliätzung" in No. 6 des gegenwärtigen Bandes ist zu lesen:

Seite	263,	Zeile	10	von	unten:	Methylenblau,	statt Methylblau.
„	264,	„	11	„	oben:	„	„ „
„	265,	„	3	„	oben:	„	„ „
„	265,	„	4	„	unten:	„	„ „
„	269,	„	9	„	oben:	Methylenviolett,	statt Methylviolett.
„	269,	„	14	„	oben:	Granoplasma,	statt Granuplasma.
„	276,	„	16	„	unten:	Bindegewebslagen,	statt Bindegewebslagern.
„	282,	„	4	„	oben:	T. Kalina,	statt Kalica.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 35. No. 8. 15. Oktober 1902.

(Aus Privat-Dozent Dr. Zarubins Abteilung für Haut- und venerische Krankheiten im Alexander-Stadthospital zu Charkow.)

Zur Naftalanbehandlung des Ekzems.

Von

Dr. D. Awerbach-Charkow.

Die von Unna objektiv gehaltene Beurteilung der therapeutischen Bedeutung des Naftalans, die klinisch streng eingehaltenen Studien über eine grofse Anzahl von Kranken, recht eingehende Forschungen über seine chemische Natur und endlich das Bestreben, das Naftalan synthetisch hervorzubringen, berechtigen uns zur Annahme, dafs dieses Mittel einer Zukunft entgegengeht, welches wenigstens uns noch lange nicht eine Enttäuschung bringen dürfte, und ist es deswegen notwendig, dafs möglichst häufig die Resultate der klinischen Beobachtungen über dasselbe veröffentlicht werden.

Das Naftalan, zum ersten Male als Heilmittel von Rosenbaum-Tiflis eingeführt, wird in einem Kurort des Kaukasus, im tatarischen Städtchen „Naftalan“ (tatarisch: „Neitlan“) aus roher Nafta, durch Destillation derselben, gewonnen.

Nach seinen physikalischen Eigenschaften stellt es, nach Rosenbaum, eine Masse dickflüssiger Konsistenz, dunkelgrüner Farbe, mit kaum merkbarem Naftageruch vor, nach Hallopeaus Beschreibung ist es dem Ichthyol analog, unterscheidet sich jedoch von demselben durch einen schwachen Geruch sui generis. Sein Siedepunkt ist hoch, 70° C., spezifisches Gewicht dagegen sehr klein, 0,89. Chemisch erscheint es als Komposition von Nafta und 2½% bis 4% wasserfreier Seife und gehört zu den Kohlenwasserstoffen der aromatischen Reihe.

Nach den Analysen von Unna enthält das Naftalan neben einem vaselinartigen Kohlenwasserstoff und einem schwarzen, brenzlichen Farbstoff eine bedeutende Menge Seife. Unna bereitete eine Mischung aus Vaselin, 1% stearinsaurem Natron und 1—2% Pyraloxin (ein hochoxydiertes Produkt der aromatischen Reihe), und da er in dem letzteren

die Eigenschaften des Farbstoffes des Naftalans fand, so nannte er die Mischung „Pseudonaftalan“ und wendete dieselbe mit Erfolg statt Naftalan an. Dieses Pseudonaftalan ist ähnlich, aber nicht völlig gleichartig mit dem Naftalan, da, wie UNNA weiter nachweist, man durch Lösung des Vaselins und Filtrieren das Pyraloxin dem Gemische entziehen kann, während der braune Farbstoff des Naftalans sich auf diese Weise nicht abfiltrieren läfst. Dagegen erhält man, bei länger andauerndem Überhitzen des Vaselins, einen ganz analogen Farbstoff. In der That gleicht das so dargestellte brenzliche Produkt des Vaselins, wenn man es durch stearinsaures Natron solidifiziert hat, dem Naftalan zum verwechseln, nicht bloſs in seinen physikalischen Eigenschaften, sondern auch in der Wirkung, so daſs das „Vaselinum adustum saponatum“ UNNAS ein billiges Succedaneum des Naftalans ist.

Das Naftalan reagiert vollständig neutral, hat gar keine Wirkung auf ein befeuchtetes Lackmuspapier. Es vermischt sich nicht mit Wasser und Glycerin, dagegen sehr gut mit Fetten; löst sich in Äther, Chloroform und Benzin, ist im Alkohol unauflösbar. Das Naftalan unterliegt offenbar der Einwirkung von atmosphärischer Luft: lange derselben ausgesetzt — so meinen wenigstens ROSENBAUM und GOLDMANN — verliert es seine Heilkraft.

Das wesentliche in der Wirkung des Naftalans besteht nach KLUG darin, daſs es die Fähigkeit besitzt, energisch Feuchtigkeit von Gewebselementen zu entziehen; nekrotische, sowie stark beschädigte Zellen des entzündeten Territoriums aufzulösen, diejenigen aber, die weniger gelitten haben, zu regenerieren und sie zur intensiveren Thätigkeit anzuregen.

Nach seiner (KLUGS) wie auch RAUCHS Ansicht, muſs das Naftalan ferner als ein Stoff betrachtet werden, der die Gefäſse verengert und die Gefäſswände, ebenso wie rote Blutzellen dermaſsen modifiziert, daſs weder eine bedeutende Emigration der Leukocyten, noch eine beträchtliche Resorption der Entzündungsprodukte, sowie aufgelöster Toxine möglich ist.

Schlieſslich darf man auch nicht die antiseptische und antiparasitäre Wirkung des Naftalans verschweigen, denn verschiedene Autoren erwähnen dieses, wenn sie auch verschieden sich darüber äufsern.

Während ROSENBAUM das Naftalan für ein vorzügliches Antiseptikum hält, welches im stande ist, in zwei bis drei Tagen Fäulnisbakterien zu töten, betont PEZZOLI dagegen hauptsächlich dessen antiparasitäre Wirkung. R. BLOCH und ROHLEDER halten es für unfähig, die Parasiten der Trichophytie und Pityriasis versicolor zu töten; derselben Meinung ist auch FRIEDBERG, welcher behauptet, daſs die Pilze ihr Leben behalten und üppig vegetieren, ungeachtet der Einwirkung von Naftalan.

Endlich hat POSLAWSKI eine ganze Reihe von reinen Kulturen des Staphylococcus, des Milzbrandbacillus, des Bacillus pyocyaneus, des Bacillus

prodigiosus vorgenommen — einmal auf einer Mischung (1 : 1) von Agar-Agar mit Naftalan, andererseits — indem er auf Agar-Agar gezogene Kulturen blofs mit einer Naftalanschicht bedeckte und kam zum Resultate, dafs das Naftalan unfähig ist, Bakterien zu töten, wohl aber ihnen keinen günstigen Boden zur weiteren Entwickelung bietet.

Nach den Forschungen von AUFRECHT, SPIEGEL und NAPHTALI wiedersteht das Naftalan so sehr dem Eindringen von Bakterien, dafs es als Verbandstoff dienen könnte.

Zum ersten Mal wurde das Naftalan als Heilmittel von ROSENBAUM bei einigen Patienten des Michael-Krankenhauses in Tiflis angewendet, und im Jahre 1896 widmete er der Frage über den therapeutischen Effekt desselben in den Berichten der Kaukasischen medizinischen Gesellschaft einen Artikel. Eine bedeutende Anzahl von Kranken wurde durch dieses Mittel geheilt. Das Naftalan wurde bei verschiedenen Hautkrankheiten angewendet, wie z. B. bei Brandwunden aller Grade, bei akutem und chronischem Ekzem, bei Psoriasis, Prurigo, Pityriasis, Seborrhoea, Lupus, Exkoriationen, Hautgeschwüren und oberhalb liegenden Wunden — und in allen diesen Fällen mit gleich gutem Resultate; der Schmerz wurde gelindert, die Entzündungserscheinungen beseitigt, die beschädigte Hautdecke wieder hergestellt und die Bakterien vernichtet. Auch in nicht dermatologischen Fällen wurde das Naftalan versucht, so bei Quetschungen, Torsionen, akutem und chronischem Rheumatismus, Epididymitis und Arthritis gonorrhoica, Bubonen nach Ulcus molle, Ulcus induratum und sogar in der condylomatösen Periode der Syphilis (ohne Quecksilbertherapie).

Obgleich wir die Beobachtungen von ROSENBAUM hoch schätzen, glauben wir jedoch, dafs das Geheimnis der allheilenden Wirkung des Naftalans entweder in einer unvollkommenen Diagnose liegt oder darin, dafs nicht alle einzelnen Fälle bis zum Endresultat verfolgt wurden und so der weiteren Beobachtung sich entzogen.

Trotzdem haben die Ärzte das ihnen so warm empfohlene Mittel nicht verworfen und schon ein halbes Jahr später erscheint R. ISAAKS Mitteilung aus der Poliklinik M. JOSEPHS zu Berlin, bezüglich desselben und weiterhin bis zum heutigen Tage, finden wir in der medizinischen Presse eine Reihe von mehr oder weniger umständlichen Untersuchungen über die therapeutischen Eigenschaften des Naftalans von russischen, französischen und hauptsächlich deutschen Autoren veröffentlicht.

R. ISAAK benutzte das Naftalan in 50 Fällen, besonders bei chronischem Ekzem von meistenteils professionellem Charakter. Doch finden wir in seiner Arbeit nicht dieselbe Begeisterung, welche ROSENBAUM äufsert. Er teilt nämlich mit, dafs der Erfolg in einigen Fällen wirklich erstaunlich war, in anderen dagegen währte die anfangs wohlthuende Wirkung nicht

lange, in einigen schliefslich führte sogar das Naftalan zu einer Überreizung; auf diese Weise kommt er infolge seiner persönlichen Erfahrung zu der Überzeugung, dafs das Naftalan nur in den Fällen zu verwenden wäre, wo es sich um eine begrenzte Hauterkrankung handelt, wo dieselbe einen torpiden Charakter hat und keine Symptome eines frischen Reizes trägt. Unter solchen Bedingungen kann das Ekzem in drei, höchstens vierzehn Tagen, geheilt werden. Er vergleicht die Wirkung des Naftalans mit derjenigen des Teers, wobei er das erstere in den Fällen für empfehlenswerter hält, wo der zweite zur Behandlung angezeigt ist.

Ein halbes Jahr darauf wendete Pezzoli das Naftalan im Ambulatorium des Prof. Finger zu Wien bei 92 Patienten an, unter welchen 42 an Ekzem litten. In allen diesen Fällen hatte er einen guten Erfolg, und, im Gegensatz zu R. Isaak, beobachtete er eine Reizung selbst bei langem Gebrauch des Mittels nur in einzelnen Fällen, und auch dann wohl nur infolge einer zu starken Anwendung der Salbe. Wahrscheinlicher wäre aber in diesen Fällen der Grund der Reizung in einer Idiosynkrasie zum Naftalan zu suchen, denn als Pezzoli dessen antiparasitäre Eigenschaften, besonders gegen den Parasit der Krätze, verwerten wollte und die Naftalansalbe in 15 Krätzefällen anwendete, wobei er eine starke Einreibung derselben vorschrieb, trat dennoch in keinem dieser Fälle eine Reizung ein. Ferner beobachtete er auch bei Hautkatarrhen eine sehr günstige Wirkung, so dafs bei Ekzema impetiginosum des behaarten Kopfes schon am zweiten Tage eine Besserung eintrat und nach sechstägigem Gebrauch der Salbe nur leichte Röte und Abschuppung nachblieben.

Malyschew unternahm eine Reihe von Untersuchungen über die Wirkung des Naftalans und teilte die Resultate seiner Beobachtungen im Jahre 1898 in der Moskauer venerologischen und dermatologischen Gesellschaft mit. Er fand, dafs das Naftalan bei einzelnen Hauterkrankungen — nämlich bei Ekzemen und Brandwunden — zu empfehlen wäre, da dessen Anwendung durchaus guten Erfolg habe, in anderen Fällen dagegen — nämlich bei Psoriasis, Syphilis, Bubonen — könnte man sich dessen kaum bedienen, da es in den von ihm beobachteten Fällen absolut keinen günstigen Einfluſs ausübte. Auf diese Weise waren die Resultate in einzelnen Fällen den von Rosenbaum erzielten diametral entgegengesetzt, wobei letzterer allerdings selber zugiebt, im ganzen wenig Beobachtungen gemacht zu haben. Im allgemeinen hält Malyschew das Naftalan für kein sogenanntes „Universalmittel“ wie Rosenbaum es thut, indem er es bei verschiedensten Krankheiten empfiehlt.

Obiger Vortrag rief lebhafte Diskussionen hervor und der Vorsitzende der obenerwähnten Gesellschaft, Prof. Pospelow, äufserte sich schliefslich dahin, dafs das Naftalan als nicht reizendes Mittel eine gute Verwendung haben kann bei allen akuten, pustulösen Ausschlägen wie: Ekzema acutum,

Pemphigus, Impetigo contagiosa u. s. w.; mit grofsem Nutzen bei Dermatitis herpetiformis Duhring und Dermatitis herpetiformis Hebra; wogegen es bei chronischem Ekzem, Psoriasis, Lupus erythematosus und anderen Hautleiden gar keine Wirkung ausübt, wenn es auch keine Hautreizungen hervorruft.

Atenjanz teilt einen vollen Erfolg der Naftalanbehandlung mit bei einem chronischem Ekzem des Skrotum, welches hartnäckig jeder anderen Behandlung wiederstand; ebenso erwähnt er eines Falles von Ekzema universale, bei dem die eine Hälfte des Körpers mit Unguentum diach. Hebra eingerieben wurde, die andere mit Naftalan, und das Übergewicht auf Seiten des letzteren war.

Glawtsche beobachtete günstige Wirkung von Naftalan in akuten Stadien von Ekzemen, indem es das Hautjucken beruhigte und Infiltrate resorbierte, und erwähnt nur eines einzigen Falles von „ungewöhnlichem" Ekzem, begleitet von hartnäckigen Durchfällen, welches vorzüglich Wasser vertrug, wo aber das Naftalan nicht wirkte.

Im selben Jahre beobachteten Rosenbaum und Awetisjanz eine so bedeutende Desodorations- und Desinfektionsfähigkeit des Naftalans, dafs nekrotische Geschwüre und Wunden in zwei bis drei Tagen rein wurden. Rosenbaum heilte im Laufe von zwei Monaten mit Naftalan einen schuppenden Ausschlag des behaarten Kopfes, welcher zwei Jahre alt war, und ein Bouton d'Aleppo, der jeder anderen Behandlung wiederstand, aber unter dem Einfluſs von Naftalan in 14 Tagen heilte.

Im April desselben Jahres teilt Abramytschew in der syphilidologischen und dermatologischen Gesellschaft zu Petersburg günstige Behandlung mittelst Naftalan verschiedener Hautkatarrhe, Erytheme, Psoriasis und Prurigo mit, und äufserte sich dahin, dafs das Naftalan bei Pemphigus vulgaris einerseits den vorhandenen Reiz mildert und andererseits schnell das Epithel an entblöfsten Stellen regeneriert.

Überhaupt mufs man bemerken, dafs das Interesse zu Naftalan immer mehr zunimmt, und dafs in den veröffentlichten Beobachtungen von deutschen Autoren nirgends sich eine Enttäuschung bei Anwendung desselben bei Hautkatarrhen äufsert.

So wendete Rohleder in der Poliklinik des Privat-Dozenten Kollmann zu Leipzig das Rosenbaumsche Mittel an, auch bei vielen Erkrankungen nicht dermatologischen Charakters, — am meisten jedoch wurde er durch die Wirkung des Naftalans bei den verschiedensten Formen von Ekzem befriedigt. Er behauptet, dafs das Naftalan keinerlei Erscheinungen von Reiz und Vergiftung hervorruft, wohl aber den Schmerz, das Jucken und Brennen beruhigt. Es ist ein vorzügliches Mittel bei hohem Entzündungsstadium von Ekzemen, ebenso bei chronischen und professionellen Hautkatarrhen.

Hirschkron und Gernsheim sind bezüglich professioneller Ekzeme derselben Ansicht, wobei auch sie, wie Rohleder, nicht von einzelnen Fällen sprechen. Letzterer erwähnt 11 akute und 20 chronische Ekzemfälle. So sehr überzeugte er sich von der Reizlosigkeit des Naftalans, dafs er sich entschlofs, dasselbe auf der Haut neben dem Auge anzuwenden, und bei einem Psoriatiker gebrauchte er das Mittel sogar sehr lange Zeit, ohne jedoch irgend einen Reiz der Conjunctiva hervorzurufen. Das Jucken in allen jenen Fällen gab der Wirkung des Naftalans so nach, dafs sogar ein hartnäckiges Jucken um den After schnell verging, womit übrigens auch Rauch einverstanden ist. Dieser verwendete das Naftalan in 20%igem Gehalt (in Form von Suppositorien) bei Hämorrhoiden, ja, er hält es sogar für spezifisches Mittel bei dieser Krankheit, da die Knoten sich um die Hälfte verkleinerten, ihr häufiger Begleiter — das Ekzema madidans — um den After schnell trocknete, die eingeriebenen Stellen der Schleimhaut heilten und der Schmerz bald verging. Letztere Wirkung vermerkt Rohleder bei Brandwunden und Frostbeulen aller Grade. An ihn schliefst sich auch Goldmann; und R. Bloch ist seit der Zeit, wo er sich des Naftalans bedient, der Ansicht, das es kein ihm gleichendes und besseres schmerzstillendes Mittel giebt, welches gleichzeitig Granulationen und Heilung von Geschwüren befördere. R. Bloch sah gute Wirkung des Naftalans auch bei Analfissur, Herpes zoster, Prurigo, Phlegmone, Ulcerationen, Furunkeln und Karbunkeln.

Ebenso günstig äufsert sich Petrasko betreffs genannter Eigenschaften des Naftalans nach Anwendung desselben in zehn Fällen von verschiedenartigen Brandwunden.

Auch Willms konstatiert die Reizlosigkeit des Naftalans, sich stützend auf 173 Fälle vorzüglich von Ekzemen in allen seinen Formen und Stufen.

Belehrend sind die Beobachtungen von Saalfeld schon deswegen, weil von 115 Patienten, denen das Naftalan aus einem oder dem anderen Grunde verordnet wurde, nur sechs es nicht vertrugen. Der gröfste Kontingent von Kranken litt an Hautkatarrhen und während bei anderen Hautkrankheiten das Naftalan ein wenig befriedigendes, ja sogar zweifelhaftes Resultat ergab, wirkte es geradezu erstaunlich bei Ekzemen in allen seinen Formen und Stufen, sogar in exquisiten Fällen. Ganz besonders erwähnungswert ist ein Fall, in welchen er an einem Kranken, der, 43 Jahre alt, lange und qualvoll an einem infiltriertem Ekzem des Skrotum, Dammes und der Schenkel litt, resultatlos alle möglichen Mittel anwendete, und der schliefslich nur durch Naftalan hergestellt wurde, wobei das Jucken und Brennen in kurzer Zeit sich legten, und die objektiven Erscheinungen schwanden. Er beschreibt auch andere Fälle von guter Wirkung des Naftalans in chronischen, akuten und subakuten

Ekzemfällen, wobei weder die Dauer der Krankheit, noch ihre Lokalisation, noch der Grad ihrer Verbreitung sich von Bedeutung erwiesen: einmal wurde das Naftalan überhaupt gut vertragen, so beruhigte es Schmerz und Jucken, mäfsigte die lokal erhöhte Temperatur, beseitigte das Nässen, entfernte Krusten, heilte geschwürige Wunden und resorbierte Infiltrate.

Eine gleiche Wirkung hat es auch bei jeder Art artifizieller Entzündungen der Haut, dessen Friedberg Erwähnung thut, dem es gelang, durch Naftalan die Reizwirkung des Chrysarobins zu entfernen, bei Ekzemen das Nässen zu beseitigen und das Jucken zu vermindern, desgleichen einige professionelle Ekzeme bei einem Photographen, einem Steinhauer, einem Gipsarbeiter und bei einem Kaufmann zu heilen; letzterer hatte sich ein Ekzem durch beständiges Auspacken von Heringstonnen zugezogen.

Nach Kölbls Ansicht bietet der Bereich professioneller Ekzeme den dankbarsten Boden zur Behandlung mit Naftalan.

In stetig wachsender Verbreitung drang das Naftalan auch in die Kinderpraxis ein. So behandelten mit Erfolg Wolf und Friedjung Ekzeme des Gesichtes und des Kopfes bei Kindern, da dieselben auch nach Kölbl das Naftalan gut vertrugen, wandten es jedoch in 50%iger Lösung an; die Genesung trat innerhalb zehn bis vierzehn Tagen ein. Bei Wolf (aus der Abteilung von Prof. Monti zu Wien) waren 20 solcher Fälle (akutes und chronisches Ekzem) in Behandlung, und bei Willms 32 Fälle von akutem Ekzem des Gesichtes und des Kopfes bei Kindern, wobei die Genesung in drei bis sieben Tagen, höchstens in zwei bis fünf Wochen eintrat.

Das Naftalan hat auch in der Ohrenpraxis seine Verwendung gefunden. Sagebiel beschreibt 36 Fälle von Ohrenekzem, bei denen schon nach den ersten Einschmierungen das Nässen im äufseren Ohre schwand, die Krusten entfernt und das Jucken beseitigt wurden, und die entblöfsten Stellen sich gleichzeitig in drei bis vierzehn Tagen mit Epidermis bedeckten.

Nach Anwendung desselben wurde auch Dr. Mendelejew selber von einem hartnäckigen $2^1/_2$ Monate alten Katarrh der Gesichtshaut befreit, sowie zwei seiner Patienten, von denen der eine an Ekzem des äufseren Ohres, der andere an einem stark juckenden, schuppenden Ekzem des Skrotum und der linken Weiche litten.

Petersen spricht sich im ganzen zu Gunsten dieses Mittels aus, obgleich er auch solche Fälle beobachtete, wo das Naftalan wirkungslos blieb.

Unna sieht die ganze Kraft des Naftalans in seiner sedativen Wirkung, deshalb empfiehlt er es besonders bei allerlei Hautüberreizungen,

sogar bei denen, die in eine exfoliative Dermatitis ausgeartet waren und malign zu werden drohten.

Schliefslich wurde das Naftalan besonders bei Ekzemen auch von Kaposi, Joseph, Neisser, Pick, Schwimmer, Thümler und Mares angewandt, welche fanden, dafs es Entzündungserscheinungen bei Ekzema acutum madidans beseitigt und Infiltrate bei Ekzema chronicum resorbiert. Varga und Gernsheim fanden auch Naftalan als ausgezeichnetes Mittel bei akuten Ekzemen.

Hallopeau experimentierte mit diesem Mittel und kam zu der Überzeugung, dafs es, sehr seltene Ausnahmsfälle ausgeschlossen, nur wenig die Haut reizt, wohl aber sichtbaren Einfluſs auf das Jucken ausübt. Er demonstrierte in der Société de Dermatologie et de Syphiligraphie einige Kinder, welche an hartnäckigem, seborrhoischem Ekzem (Unna) an der hinteren Fläche der Ohrmuschel litten. Bei einigen wurde einfach Salicylpasta, bei den anderen parallel dieselbe Pasta, doch statt Talk, mit Naftalan (im Verhältnis 1 : 5) kombiniert, angewendet — und eine Besserung trat dort ein, wo Naftalan verordnet war. Dasselbe erwies sich als nützliches Mittel auch bei banalem Ekzem, veralteter Prurigo und Trichotillomanie. Jedoch war das Resultat bei sehr akuten Hautkatarrhen negativ.

Paschkis giebt eine Reihe von Verordnungen sowohl mit Naftalanum benzoatum wie dem reinen Naftalan an, für eine Hg-, eine Jodoform- und Jodsalbe, eine Resorcin-, Teer- und Teerschwefelsalbe, Salicylsalbe (Acid. salicyl. 10,0, Naftalan 90,0) bei Hautjucken, Ung. Naftalan. plum. u. a.

Auf diese Weise bringen uns alle genannten Daten zu der Überzeugung, dafs das Naftalan ein probates Mittel bei allerlei Ekzemen und anderen Hautentzündungen ist, wobei es keinen Reiz hervorruft, beinahe von jeder Haut sehr gut vertragen wird und als vorzügliches eintrocknendes, den Schmerz linderndes, das Jucken beruhigendes, die Epidermis regenerierendes und Infiltrate resorbierendes Mittel erscheint.

Gegenwärtig haben wir ungefähr 100 streng eingehaltene Beobachtungen aus der Abteilung für Haut- und venerische Krankheiten im Alexander-Stadthospital zu Charkow und gegen 80 aus der Privatpraxis des Herrn Oberarzt Dr. Zarubin über die Wirkung des Rosenbaumschen Mittels bei banalen, akuten und chronischen verschlimmerten Ekzemen, ebenfalls bei seborrhoischem Ekzem (Unna), wie auch bei verschiedenartigen artifiziellen Hautentzündungen.

Unsere Ekzemfälle zerfallen, ihrer Lokalisierung nach, in die des Schienbeines, des Fufses, der Ohrmuschel, der äufseren weiblichen Geschlechtsteile, des Gesichtes, der Hand, des Skrotum, um den After etc. Darunter waren Fälle, sowohl von begrenzten wie auch ungewöhnlich ausgedehnten Hauterkrankungen. Schliefslich waren es, der Dauer nach,

einmal ganz frische Fälle, ein anderes Mal solche Fälle, die sich schon jahrelang hinschleppten und bereits einer Behandlung mit verschiedenen Mitteln wiederstanden. Die genannten Beobachtungen wurden bei Personen beiderlei Geschlechtes und verschiedenen Alters vorgenommen. Aufser den erwähnten 180 Fällen wurde das Naftalan bei chronischen trockenen und infiltrierenden Ekzemen versucht.

Auch andere Fälle von Hautkrankheiten wurden mit Naftalan behandelt, nämlich verschiedenartige artifizielle Hautentzündungen, durch Gebrauch von Chrysarobin, Sublimat, Hydrarg. praecip. album, Ung. cinereum, Jodoform u. s. w. hervorgerufen.

Endlich wurde das Mittel angewendet auch bei Sykosis idiopathica superfic., Pityriasis rosea, Psoriasis (hier wurde das Naftalan per se vorgeschrieben), Urticaria papulo-versiculosa, Pyodermia, Neurodermitis etc.

Naftalan wurde in Form einer Zinkpasta, laut folgender Formel, verordnet:

℞ *Naftalani* 20,0
Zinc. oxyd. albi
Amyl. trit. puri ää 10,0
(*Mentholi* 0,5—1,0)[1]
M. f. l. a. Pastam mollem.

Diese Pasta wurde zwei- bis dreimal täglich, gewöhnlich ohne jeglichen Verband eingeschmiert.

Wir wollen die Herren Kollegen durch Erläuterung aller Krankheitsgeschichten durchaus nicht belästigen und werden uns deshalb begnügen, die von uns erzielten Resultate zu erörtern.

Vor allem müssen wir feststellen, dafs wir den besten Erfolg bei Anwendung des Naftalans bei den unten angezeigten Formen von Ekzemen und bei durch Arznei hervorgerufenen Hautentzündungen halten, während bei allen übrigen, oben bereits erwähnten Dermatosen wir von der Naftalanbehandlung keine besondere Wirkung beobachtet haben.

Wir wollen jetzt nur in wenigen Worten einige unserer Krankheitsgeschichten vorführen.

Erster Fall. Ekzema acutum madidans. Der Patient, 26 Jahre alt, hatte einen leidenden Gesichtsausdruck und konnte kaum die Füfse rühren, als er im Spitale erschien. Nach Besichtigung erwies es sich, dafs sein Skrotum, die innere Fläche der angrenzenden Oberschenkelteile, das Mittelfleisch, ebenso wie der Penis stark gerötet, ödematös und geschwollen waren; das Nässen auf ihnen war so stark, dafs Flüssigkeit tropfenweise herabrann, ein schreckliches Brennen und starker Schmerz

[1] Menthol wurde zugefügt um die das Jucken beruhigende Eigenschaft des Naftalans zu verstärken.

hinderten jede Bewegung. Der Kranke wurde in der Haut- und venerischen Abteilung behalten, und es wurde ihm Naftalan, laut obiger Formel, verordnet. Schon am zweiten Tage gab das Nässen bedeutend nach, die Geschwulst verkleinerte sich beinahe um die Hälfte, die erkrankten Teile wurden bleicher, das Brennen fast beseitigt und der Schmerz so weit gelindert, dafs der Patient sich frei im Korridor bewegen konnte. Zehn Tage später waren alle Entzündungssymptome entfernt, die Haut trocken geworden, nur etwas pigmentiert, das Brennen und Jucken vorüber.

Zweiter Fall. Chronisches verschlimmertes Ekzem. Eine Frau, 50 Jahre alt, die an Enuresis litt und sich dadurch genau dieselben, oben schon beschriebenen Erscheinungen einer Hauterkrankung der äufseren Geschlechtsteile, des Mittelfleisches und der inneren Fläche der Oberschenkel zugezogen hatte. Das Jucken und Brennen verursachte der Patientin heftige Thränen. Schon am zweiten Tage aber, nach viermaliger Naftalananwendung beklagte sie sich nicht mehr über Schmerz und Jucken, und eine Woche später wurden auch die Röte und Geschwulst beseitigt.

Dritter Fall. Ekzema chronicum. Ein Mann, 42 Jahre alt, wurde in die Abteilung aufgenommen, nachdem er sich bereits fünf Jahre erfolglos mit allen möglichen Salben behandeln liefs. Sein Leiden bestand darin, dafs die Haut der Rückseite seiner beiden Füfse, teilweise auch Fufsgelenke, infiltriert, etwas hart anzufühlen, wenig beweglich, schwer in Falten zu nehmen geworden war; die Haut war dunkelrot, mit trockenen Schuppen bedeckt und juckte sehr stark. Unter Naftalan trat eine frappante Besserung ein: das Jucken gab in drei Tagen bedeutend nach, das Abschuppen wurde unmerklich; weiter wurde die Haut von Tag zu Tag beweglicher und weicher, liefs sich immer leichter in Falten nehmen und endlich, nach dreiwöchentlicher Behandlung, blieb vom Infiltrat kaum eine Spur nach, das Jucken verschwand vollständig, und es war nur eine leichte Pigmentation zu sehen. Der Patient behauptete, beim Verlassen der Abteilung, niemals auf eine Erleichterung gehofft zu haben, so sehr habe er sich in allen erprobten Mitteln getäuscht.

Vierter Fall. Ekzema chronicum professionale. Die Patientin, eine Hospitalwäscherin, 25 Jahre alt, beklagt sich über ein starkes Jucken am ganzen Körper. Nach Untersuchung erweist es sich, dafs ihr Körper überall, besonders aber an beiden Händen, mit einem Ausschlag bedeckt ist, der stellenweise zerstreut, stellenweise gröfsere Gruppen bildet, der hier aus roten Flecken, dort aus roten Knötchen, Bläschen, auch Pusteln besteht; die Hände sind dabei ödematös und nässen. Der Ausschlag auf denselben existiere schon einige Jahre. Das hier verordnete Naftalan beruhigte das Jucken am zweiten Tage, und eine Woche später verliefs die Wäscherin, vollständig gesund, das Krankenhaus. Obgleich

das Waschen ihr untersagt wurde, treibt sie ihr Fach weiter und erscheint periodisch im Krankenhause als Patientin mit denselben Klagen, wobei das Naftalan ihr beständig mit gutem Erfolg vorgeschrieben wird.

Fünfter Fall. Ekzema impetiginosum chronicum. Eine junge Frau beklagt sich über einen pustulösen Ausschlag beider Hände und des Gesichtes. Stellenweise sind die Bläschen geplatzt und mit dicken Eiterkrusten bedeckt. Die Krankheit dauert ein Jahr. Es wurde ihr ein feuchter Umschlag aus 5%igem Liq. alum. acetic. für die Hände und Naftalanpasta für das Gesicht verordnet. Nachdem die grofsen Krusten sich nach dem Umschlage leicht entfernen liefsen, wurde dieselbe Naftalanpasta auch an den Händen angewendet. Nach drei Wochen verliefs die Kranke das Spital mit leichter Pigmentation an den Stellen, wo früher der Ausschlag gewesen war.

Sechster Fall. Dermatitis medicamentosa. Ein junges Mädchen, 19 Jahre alt, erschien im Krankenhause mit geröteter, stark gereizter Haut des ganzen Rumpfes, der Extremitäten, des Gesichtes und mit starker Conjunctivitis. Sie litt an Psoriasis, und obiges Bild entstand infolge einer zu energischen Anwendung von Chrysarobin. Auch in diesem Falle wurde die Naftalanpasta angewendet, und zwei Tage später (bei zweitäglichen Anwendungen) fühlte die Kranke keinen Schmerz mehr, die Haut wurde bleich und im Verlauf von drei Tagen an vielen Stellen nach Abschuppung so normal, dafs wir am siebenten Tage schon es für angezeigt fanden, die unterbrochene Chrysarobinbehandlung vorsichtig fortzusetzen.

Desselben guten Erfolges erfreuten wir uns auch bei einem jungen Manne, 22 Jahre alt, der schlecht Hg-Präparate vertrug und sich wegen Pediculosis einer Sublimatlösung (1 : 1000) bediente.

Unsere Beobachtungen im Krankenhause führten uns zur Überzeugung, dafs, wenn einmal die Diagnose eines akuten oder chronischen verschlimmerten Ekzems festgestellt ist, man ohne weiteres zur Naftalanbehandlung, laut unserer Formel, schreiten darf, ohne die Lokalisation, noch die Dauer und die Verbreitung der Krankheit zu beachten.

Wenn wir auch den grofsen Nutzen des Naftalans gerne anerkennen, müssen wir jedoch das Gebiet der Anwendung dieses Mittels, auch bei Ekzemen, streng begrenzen. Die wohlthätige Einwirkung des Naftalans äufsert sich hauptsächlich in nässenden Graden von akuten oder chronischen verschlimmerten Hautkatarrhen, ebenfalls bei artifiziellen Hautentzündungen — in diesen Fällen wird es sehr gut von der erkrankten Haut vertragen und wir es fast als „spezifisches" Mittel bezeichnen möchten. Zur Resorption der Infiltrate des chronischen Ekzems jedoch ist es gewöhnlich notwendig, die Naftalanbehandlung der Teeranwendung u. s. w. vorausgehen zu lassen.

Dagegen bei trockenen chronischen Formen von Ekzem, im Stadium der Abschuppung und des Infiltrates, ebenso bei Ekzema seborrhoicum (UNNA) ist die Wirkung des Naftalans, wenige Ausnahmen ausgeschlossen, ganz unbedeutend. Mit anderen Worten, das Naftalan darf nur in passenden Fällen des Ekzems angewendet werden.

Aber wie bekannt, bieten die genannten Formen von Ekzem eben die gröfsten Schwierigkeiten bei ihrer Behandlung, da sie gewöhnlich einen solchen Zustand der Haut bedingen, wo dieselbe, wie man zu sagen pflegt, „gar keine Arznei verträgt".

Da wir mit der wertvollen Eigenschaft des Naftalans bekannt sind — Symptome von Hautentzündungen nicht zu vergröfsern —, haben wir die Möglichkeit, dasselbe möglichst früh, resp. in der akuten Periode von Hautkatarrhen, anzuwenden: hier entspricht es allen wichtigsten Forderungen, die man überhaupt an ein in dieser Periode der Krankheit notwendiges „Antiekzematosum" stellen darf.

Was die Wirkung des Naftalans anbetrifft, so sind wir ebenfalls mit der Ansicht, die sich in der letzten Zeit in der Litteratur behauptet, einverstanden: das Naftalan beruhigt die gereizte Haut, ohne selbe zu reizen; ist ein vorzügliches eintrocknendes Mittel; mildert Schmerz und Jucken. Keiner von unseren Patienten hatte Ursache, sich über Brennen, Stechen oder Schmerz bei Anwendung der Naftalanpasta zu beklagen; niemals war ein Ödem der Haut zu bemerken; ebenfalls beobachteten wir in keinem einzigen Falle irgend welche Nebenwirkungen. Unter Naftalanbehandlung wenden sich akute und chronische verschlimmerte ekzematöse Erkrankungen zur Heilung. Eine derartige Beobachtung dürfen wir nicht verschweigen, da dieselbe von grofser Bedeutung für die lokale Ekzemtherapie ist. Wir wollen noch folgende wertvollen Eigenschaften des Naftalans erwähnen: es besitzt keinen üblen Geruch, es läfst sich leicht und mit Sauberkeit anwenden (die Flecken auf der Wäsche werden einfach ausgewaschen).

Infolgedessen halten wir das ROSENBAUMsche Mittel für eine zweifellose Bereicherung unserer Pharmakologie und wollen hoffen, dafs das Naftalan dem Schicksal vieler neuester Präparate — Anteil der Geschichte zu werden — entgehen wird.

Es bleibt nur zu bedauern, dafs der hohe Preis von Naftalan die ärmeren Klassen, wo doch das Ekzem besonders verbreitet ist, zwingt, sich bisweilen seiner zu enthalten.

Es ist mir eine angenehme Pflicht, Herrn Privat-Dozenten Dr. ZARUBIN meinen besten Dank für die Überlassung des Materials und für die Unterstützung bei dieser Arbeit auszusprechen.

Litteratur.

Abramytschew, Protokolle der russischen syphilidologischen und dermatologischen Gesellschaft in St. Petersburg. 1898.

Auffrecht, *Pharm. Zeitung.* 1898. No. 66 und 92.

Awetisjanz, Protokolle der Kaukas. med. Gesellschaft. 1898.

Bloch, B., *Die Heilkunde.* 1899. April; *Wien. med. Wochenschr.* 1900. No. 9.

Friedeberg, *Centralbl. für innere Mediz.* 1899. August.

Gernsheim, *Klin. therap. Wochenschr.* 1899. No. 39.

Goldmann, *Medycyna.* 1899. April.

Hallopeau, *Annal. de dermat. et de syphil.* 1900. April.

Hirschkron, *Wien. mediz. Wochenschr.* 1896. Dezember.

Isaak, R., *Deutsch. mediz. Wochenschr.* 1896. Dezember.

Joseph, Hautkrankheiten. 3. Aufl. 1898.

Kaposi, Cit. nach Hallopeau.

Klug, *Wien. med. Presse.* 1899. No. 18—19.

Kölbl, Ibidem. 1899. No. 37—38.

Malyschew, Protokolle der Moskauer vener. und dermat. Gesellschaft. 1897—1898.

Mares, *Prag. med. Wochenschr.* 1899. No. 41.

Mendelejew, *Wratsch.* 1901. No. 12. (Russisch.)

Neisser und Jadassohn, Hautkrankheiten. In Ebstein und Schwalbe, *Handbuch der praktischen Medizin.* 1901.

Petersen, *Kalender für Ärzte.* 1899. (Russisch.)

Paschkis, *Wien. Allgem. med. Centralztg.* 1899. September.

Petrasko, *Deutsch. med. Wochenschr.* 1899. November.

Pezzoli, *Therap. Wochenschr.* 1897. Juli.

Pick, Cit. nach Hallopeau.

Poslawski, Protokolle der Kaukas. med. Gesellschaft. 1898.

Rauch, *Deutsch. med. Wochenschr.* 1900. September.

Rohleder, *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1898. Bd. 27.

Rosenbaum, Protokolle der Kaukas. med. Gesellschaft. 1896—1897.

— *Deutsch. med. Wochenschr.* 1898. April.

Saalfeld, *Dermatol. Zeitschr.* 1898. Bd. 5.

Sagebiel, *Münch. med. Wochenschr.* 1900. Dezember.

Spiegel und Naphtali, *Therap. Monatsh.* 1900. März.

Schwimmer, Cit. nach Rohleder.

Thümler, *Münch. med. Wochenschr.* 1898. August.

Unna, *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1900. Bd. 30.

— Diagnose und Behandlung von Hautkrankheiten durch den prakt. Arzt. *Deutsche Klinik am Eingange des XX. Jahrhunderts.* 1901.

Varga, *Pester med. chir. Presse.* 1899. No. 30—32.

Willms, *Allgem. med. Centralzeitung.* 1899. Juli.

Wolf, *Archiv für Kinderheilkunde.* 1900. Bd. 31.

Wolf und Friedjung, *Wien. med. Wochenschr.* 1900. September.

Über Tätowierungen bei Frauenzimmern der öffentlichen und geheimen Prostitution.

Von

Prof. Dr. R. Bergh-Kopenhagen.

Die durch Mrs. Butler erweckte und erhaltene Antiprostitutionsbewegung erzeugte als eine Art Gegengewicht Untersuchungen, die gewisse Übereinstimmungen zwischen dem Verbrecher- und dem Prostitutionsnaturell nachweisen sollten. Damit tauchte auch die Frage von der Häufigkeit des Vorkommens von Tätowierungen bei den Prostituierten auf; die grofse Häufigkeit von solchen bei den Verbrechern war ja schon lange bekannt.

In Frankreich hatte Parent Duchatelet in seinem berühmten klassischen Werke schon (1857), und eigentlich zuerst, Erläuterungen über Tätowierungen bei dieser Kaste von Menschen gegeben. Sie wurden später (1881) durch Lacassagne etwas erweitert. Verschiedene in den letzten Jahren in der französischen Litteratur erschienene, auf diese Verhältnisse bezüglichen Arbeiten, sind fast wertlos.[1] Über die Häufigkeit des Vorkommens dieser Art von Tätowierungen liegen in der französischen Litteratur keine Angaben vor. Im ganzen kommen Tätowierungen kaum, und zwar besonders bei Frauenzimmern, weder in Frankreich noch in Italien so häufig wie bei uns vor.[2]

Auch die aus Italien vorliegenden Mitteilungen über die Tätowierungen der Dirnen sind recht lose und unzuverlässig. Soresina scheint unter 1000 milanesischen Prostituierten nie eine Tätowierung gesehen zu haben, und de Amicis auch keine unter den Dirnen Neapels[3] und nur bei einer der von Verona. Segré sah unter 300 Scorta von Milano am Körper und an den Gliedern keine Tätowierungen, dagegen am Gesichte, besonders gegen den rechten Mundwinkel hin, bei 32 Individuen Marken (nei),[4] ein Verhältnis, dafs an Beobachtungen an Weibern der Küststrecken

---

[1] Hierhin gehört auch: A. le Blond et A. Lucas, Du tatouage chez les Prostituées. 1899. av. Fig.

[2] Guiol, Du tatouage. *Thèse de Bordeaux.* 1896. S. 38, 59.

[3] Lombroso, L'uomo delinquente. 4 ed. I. 1889. S. 294.

Doch erinnere ich mich, vor vielen Jahren an der Abteilung von Tanturri Tätowierungen gesehen zu haben, sowie auch ein paar Jahre später im selbigen Sifilocomio.

[4] Segré, Il tatuaggio nelle prostitute. *Bolletino della Poliambulanza di Milano.* I, Fasc. 4. 1888. S. 67.

von Nordafrika zu erinnern scheint. Erst Lombroso hat, besonders in einer in Gemeinschaft mit Ferrero (1894) ausgegebenen Arbeit,[5] etwas mehr detailierte Mitteilungen über diese Tätowierungen gegeben, die die Verfasser bei 36 von 2161 Prostituierten gesehen hatten.

Als ich in *diesen Monatsheften* vor einem Jahrzehnt eine kleine Arbeit über das Vorkommen von Tätowierungen bei den öffentlichen Frauenzimmern veröffentlichte,[6] fehlten genauere hierauf bezügliche Erfahrungen. Damals lag noch dazu um so viel mehr Grund vor, das Verhältnis zu untersuchen, als die Tätowierungsfrage in der nordischen Litteratur noch sozusagen gar nicht zur Besprechung gekommen war.

Wie früher von mir (l. c. S. 211) erwähnt, scheinen die Tätowierungen in der ersten Hälfte des vorigen Jahrhunderts unter den Dirnen Kopenhagens nicht sehr in Gebrauch gewesen zu sein. Im achten Jahrzehnte desselben tauchte aber ein jüngerer Mann hier auf, der ein wenig Talent für Zeichnung und für seine spezielle Kunst hatte, ein früherer Seemann, der viel in den Kneipen verkehrte, wo öffentliche Dirnen zuhalten. Er verstand die Nachahmungslust, das Faullenzen und den Leichtsinn dieser Menschen auszubeuten, und machte die Tätowierung zur Modesache unter ihnen. Unter den damals in einem Fünfjahr, 1886—1890, nachgesehenen 804 öffentlichen Dirnen fanden sich 80 tätowierte, und bei 49 von diesen war er der Künstler gewesen. Der Künstler, der doch nie ein Raphael du Tatouage wurde, und nie nur annäherungsweise auf die Höhe mehrerer seiner japanischen Kunstgenossen kam, ist später gestorben; zwei Epigonen setzen aber sein Werk fort. Die Tätowierungslust ist unter diesen Frauenzimmern fernerhin modern und scheint eher im Steigen. — Übrigens ist diese Tätowierungssucht nicht auf Prostituierte und Verbrecher oder auf Individuen aus den niederen Klassen beschränkt. Eine solche Mode kann auch in gewissen Schichten der sogenannten guten Gesellschaft auftauchen und sich eine Zeitlang erhalten. Solches hat sich dann und wann in England, sowie in Nordamerika gezeigt, auch dann wahrscheinlich durch ähnliche Ursachen erzeugt, durch Nachahmungstrieb, Faullenzen und Leichtsinn, sowie solche besonders bei jungen Individuen der haute gomme und ihrer Gesellschaft gedeihen.[7]

---

[5] Lombroso e Ferrero, La donna delinquente, la prostituta e la donna normale. Sec. ediz. 1894. S. 363—370.

[6] R. Bergh, Über Tätowierungen der Prostituierten. *Monatsh. f. prakt. Derm.* XII. 1891. S. 205—217. Taf. III—IV.

[7] Kleine Tätowierungs-Epidemien erscheinen wohl hier und da. In 1897 trat in Slagelse, einer kleinen Stadt der Insel Seeland, ein „Dekorateur" auf, der in kurzer Zeit eine Anzahl von Personen der Stadt und der Umgegend tätowierte. Ein lokales Tageblatt eiferte dagegen und hob die Gefahren, die mit der Tätowierung verbunden sein konnten, hervor.

Durch das ganze Jahr 1901 (1. Jan. bis 31. Dez.) sind im Vestre Hospital die Tätowierungen bei den 397 während dieses Zeitraums eingelegten öffentlichen Frauenzimmern genau nachgesehen worden. Von denselben waren 127 oder fast 32% tätowiert. Im Laufe des letzten Jahres hatten sich 32 tätowieren lassen, bei 17 derselben war diese Operation im Zwangshause vorgenommen, ehe sie durch die Polizei von der heimlichen zu der öffentlichen Prostitution übergegangen waren.[8]

Im Gegensatz zu diesem Verhältnis bei den öffentlichen Dirnen wurden in demselben Zeitraum unter 292 eingelegten Individuen der geheimen Prostitution nur 27 tätowierte gesehen, d. h. Tätowierungen sind nur bei wenig mehr als 9,2% vorgekommen. Dreizehn waren im Laufe des letzten Jahres tätowiert, 3 derselben im Zwangshause.

I.

Von den 127 tätowierten öffentlichen Frauenzimmern waren 16 unter 20 Jahre alt, 45 zwischen 20 und 25, 29 zwischen 25 und 30 und 6 über 40 (zwei 48, ein 54) Jahre alt. Fünfundvierzig waren vor dem 20. Jahre tätowiert worden (eine im 13. Jahre in der Schule, 13 im Alter von 15 bis 16 Jahren), 69 zwischen 20 und 30 Jahren, 10 zwischen 30 und 35 und drei Veteranen hatten 40—43 Jahre gewartet, um diesen Schmuck anzulegen.

Fünfundsechzig (der 127) Individuen sind ursprünglich im Zwangshause tätowiert, und die hier dargestellten Buchstaben, Namen und Figuren sind der allerdürftigsten Art. Sie sind daher zum Teil später mehr kunstfertig übertätowiert worden oder treten jetzt zwischen den allmählich zugekommenen schöneren Ornamenten weniger hervor.

Die Tätowierungen hatten gewöhnlich ihren Sitz an den oberen Gliedern, ungleich seltener (13 Individuen) an dem oberen medianen Teil des Brustkorbes (Manubr. sterni) und (34 Indiv.) an den Schenkeln. An anderen Körperteilen wurden sie nie gesehen, somit auch nicht am Unterleibe (wo sich Pariser Dirnen mitunter den Namen ihrer Liebhaber einimpfen lassen oder liefsen).[9]

---

[8] Im Laufe desselben Jahres 1901 wurden 86 Individuen, die hier in der clandestinen Abteilung behandelt worden waren, nachher als öffentliche Frauenzimmer von der Polizei eingeschrieben.

Die ein Zwischendomicilium zu den eigentlichen Strafanstalten bildenden Zwangshäuser machen gewifs in vielen Beziehungen Schaden. Ohne hinlängliches Aufsichtspersonal werden in denselben jüngere und weniger verdorbene Individuen mit älteren und ganz degenerierten vermischt. In den Zwangshäusern wird Amor lesbicus und andere Immoralität gelernt und als sichtbare Erinnerung des Aufenthaltes daselbst werden ja oft Tätowierungen mitgenommen.

[9] Lacassagne (Les tatouages, ét. anthropologique et médico-légale. Av. pl. 1887. S. 94) scheint bei arabischen Dirnen dieselbe kuriose Sitte beobachtet zu haben.

Kurz nach Veröffentlichung meines ersten Artikels teilte mir ein dänischer Bezirksarzt mit, dafs er im Aalborger Krankenhaus (Jütland) ein dänisches 16jähriges

So wie auch in dem vorigen Artikel hervorgehoben, kommen die Tätowierungen am häufigsten (103 Individuen) an den Vorderarmen vor, meistens (41) an der Innenseite von beiden, dann (35) an der des linken. Darauf wurden sie mit grofser Häufigkeit (90) an den Oberarmen gesehen, besonders (32) an der Aufsenseite des rechten; dazu kamen aber noch (bei 9 Individuen) hoch oben an der Aufsenseite der Schulter Tätowierungen vor, meistens (6) an der rechten. Nicht selten wurden sie dicht oberhalb der Knie (28) gesehen, am häufigsten (11) am rechten. Seltener (13 Individuen) kamen sie in der Brustbeingegend vor. Nur 13 Individuen trugen Tätowierung am Handrücken, das eine davon an beiden. Bei 9 Individuen fand sich die Rückenseite des Daumens tätowiert, bei dem einen sowohl der rechte wie der linke; die Rückenseite des Ringfingers war bei 4 tätowiert, davon am häufigsten (3) der rechte, der Kleinfinger nur bei einem Individuum. Bei 6 Individuen kamen Tätowierungen an der Vorderseite der Schenkel vor, bei 3 allein am rechten. Bei einem einzigen Individuum wurde eine (obscöne) Figur in der Ellenbogenbeuge gesehen (s. unten).

Die Tätowierungen zeigten sich bei 6 Individuen nur als eine oder wenige Figuren. Bei 58 stellten sie (sehr selten einen einzelnen, meistens mehrere [bis 12]) Buchstaben oder (einen oder mehrere) Namen vor, mitunter findet sich Datum und Jahreszahl hinzugefügt. Bei den übrigen (63) kamen Figuren neben Buchstaben und Namen vor.

Die Angaben dieser Individuen überhaupt sind so unzuverlässig, dafs ihre Aufklärungen über den Sinn der eingeimpften Buchstaben sehr oft gewifs unglaubwürdig sind. Meistens repräsentieren sie doch, wie angegeben, ihre Souteneurs (Alfonsen) oder flüchtige andere männliche Verbindungen. Oft, bei 50 Individuen, wurden (männliche) Namen gesehen; drei trugen 5 solche, vier 6, ein 8 und zwei bezw. 10 und 11. Von diesen 50 Individuen hatten 17 zwei Namen zusammengeknüpft unterhalb einer stereotypen Formel, wie „Dora liebt Jakob"; ein Individuum trug fast der ganzen Länge des einen Schenkels nach in grofsen langen Schriftzügen: „Ich liebe Wilhelm". Ein Name wurde als der der Mutter, ein anderer als der eines Bruders angegeben, und vier trugen ganz solitair ihren eigenen Namen. Eine Anzahl dieser Namen waren Übertätowierungen von früheren Namen oder Buchstaben, Zeugnisse von neuen Errungenschaften, die frühere vertraten, welche dem Vergessen übergeben werden sollten. — Diese Frauenzimmer sind sehr abgeneigt, homosexuelle

syphilitisches, ganz verdorbenes Mädchen mit Tätowierungen am Unterleibe gesehen hätte. Dasselbe, das mit einer Gauklertruppe herumzog, trug am rechten Vorderarme die hübsche Tätowierung eines trikotgekleideten Weibes von einer Schlange umschlungen und oberhalb der Regio pubica die seines eigenen Namens.

Verhältnisse zu gestehen oder über solche sich auszusprechen; die vorhandenen Buchstaben referierten sich gewifs öfter als zugestanden, zu Liebhaberinnen. Nur 13 (dieser 127) Individuen trugen weibliche Namen, drei 2 und ein 5 verschiedene; dagegen kontrastierte ein Individuum, das an drei verschiedenen Körperteilen sechsmal den Namen seiner Geliebten trug. Auf der anderen Seite „liebten" zwei derselben nebenbei männliche namhafte Individuen.

Bei 63 (der 127) Individuen kamen Figuren vor. 33 trugen nur eine, 14 zwei, 5 drei, 3 vier, 2 fünf, 3 sechs, 1 sieben, 1 acht und 1 neun solcher. Die Figuren waren mit wenigen und unwesentlichen Ausnahmen dieselben, die in naturtreu gefärbten Calquen auf den zwei Tafeln (mit 18 Figuren) der vorigen Abhandlung dargestellt sind. Auch jetzt zeigt sich nur eine geringe Anzahl von Mustern für die in allem 140 Figuren angewendet, und natürlich genug findet man hier fast dieselben naiv-symbolischen Darstellungen, die auch in Frankreich (Lacassagne) und in Italien (Lombroso) in Gebrauch sind. Die Prostituierten aller Länder stimmen in so sehr vielen Beziehungen mit einander überein. Die am häufigsten (bei 12 Individuen) vorkommende Figur war ein (meistens brennendes) Herz, mitunter von einem Paar gefalteten Händen gekreuzt oder von einem Pfeil durchbohrt oder mit zwei Buchstaben in der Mitte. Noch dazu geht das Herz als wesentlicher Teil in das banale dreifaltige Emblem für Glaube—Hoffnung—Liebe ein (5). Bei 8 Individuen wurden noch zwei gefaltete Hände gesehen, bei 3 eine Taube, im Schnabel einen Brief tragend, bei 6 eine Rose mit Blättern, bei 10 zwei von einem Knoten zu beiden Seiten ausgehende Blätter, bei 5 ein Blätter tragender Zweig, bei 3 ein grofser (roter und weifser) Stern; 5 zeigten einen Anker mit Tau, 3 ein breites oder schmales Querband (Übertätowierung); bei respektive einem Individuum kam eine blutende Wunde mit darin steckendem Dolch, ein Grabkreuz (Übertätowierung!), ein Kranz, ein Kringel, ein Weinglas u. s. w. vor. Vier Individuen trugen am Handgelenk ein Armband, an den Fingern kamen einfache oder Siegelringe vor. Gröfsere und mit starker Farbe ausgeführte Figuren kamen nur bei einzelnen Individuen vor, als ein geflügelter Engelskopf, als Brustbild eines jungen Seemanns (2), als ein Schiff mit ausgebreiteten Segeln (2) und als patriotische Flaggendekoration mit Kanonen (vergl. die erwähnten zwei Tafeln).

In absolutem Gegensatz zu dem recht häufigen Vorkommen von obscönen Tätowierungen bei Männern[10] steht die übergrofse Selten-

[10] Geil (Identification par le tatouage. 1902. S. 8. M. Doppelt.) sah solche bei 16 von 1600 dänischen Verbrechern oder bei 1%.
Vergl. Lombroso, l. c. I. 1889. S. 299—302.
Guiol, l. c. 1896. S. 70 (7%).

heit derselben bei Frauenzimmern und nicht allein bei uns, sondern auch in Frankreich und Italien.[11] Solche Figuren waren, wie in meiner vorigen Arbeit erwähnt, früher nie hier gesehen und später nur in einem einzigen Falle. Ein ganz junges, äufserst depraviertes Individuum hatte schon, während es der geheimen Prostitution angehörte, dieses Ornament getragen, ein in der linken Ellenbogenbiegung tätowiertes, erigiertes und ejakulierendes geflügeltes Membrum; zu ihrem vollen Rechte kam die Figur erst, wenn der Arm ausgestreckt wurde.[12] Einen recht obscönen Beigeschmack hatte noch eine andere Tätowierung, die sich oben am rechten Schenkel bei einem jungen Individuum fand und meldete: „Hier ist für einen Thaler".

Neun aller dieser Individuen zeigten in allem 10—20, fünf 20 bis 30 Tätowierungen, alle die anderen eine geringere Anzahl.

Die etwas sorgfältiger ausgeführten, besonders die gröfseren Tätowierungen waren mit chinesischer Tusche und Zinnober ausgeführt; in den Strafanstalten können dazu nur Tinte oder Farbstoffe, die sich von Utensilien abschaben lassen, verwendet werden.

Keine von diesen manchen und mannigfachen Tätowierungen scheint nennenswerte Beschwerden verursacht zu haben. So wie öfter auch hier im Spitale bei noch jungen Tätowierungen gesehen, wird die Operation in den ersten Tagen von einiger Röte, Geschwulst und Spannung gefolgt; die Zeichnung ist von ein wenig eingetrocknetem Blut und Farbstoff bedeckt und ist somit undeutlich, erst nach einigen Tagen tritt sie deutlich hervor, ist aber wegen restierender Geschwulst breiter als sie später erscheint. Es ist hinlänglich bekannt, obgleich bei uns kaum gesehen, dafs Tätowierungen von bedeutenden Komplikationen und Gefahren (Blutungen, Phlegmone, Gangrän, Erysipelas, Cheloiden [Welander], Lupus, Tuberkulose, Syphilis) gefolgt werden können. Die Tätowierungen scheinen in verschiedenen Staaten deshalb auch den Soldaten und Matrosen verboten zu werden, so lange sie im Dienste des Staates sind (Frankreich, Italien, England, Österreich, Japan).[13]

Übertätowierungen mit neuen Buchstaben, Namen oder Figuren, um möglichst alte Erinnerungen zu entfernen, wurden bei 25 Individuen gesehen, nicht selten kamen mehrere (bis vier) bei demselben vor. Ziemlich oft waren die ursprünglichen Zeichen doch durch die neue Decke zu dechiffrieren. Sonst stehen die Tätowierungen als Stigmata perpetua für das

[11] Lombroso und Ferrero (angef. Stelle, S. 370) scheinen nur eine einzige pornographische Figur bei diesen Frauenzimmern gesehen zu haben, am Schenkel einen „Excelsior" mit einem gegen die Vulva zielenden Pfeil.

[12] Die Figur erinnert etwas an eine bei Lombroso (angef. Stelle. I. 1889. S. 296. Taf. XVI, Fig. 5) vorkommende.

[13] Vergl. angef. Stelle. 1891. S. 215.

ganze Leben. Von den hier besprochenen Individuen hatten zehn ihre Ornamente in 10, drei in 11—12, sechs in 13—16 und ein in 33 Jahren getragen, und die Tätowierungen standen noch mit frischem Aussehen, nur die schwarze Farbe war mitunter etwas mehr bläulich, und die rote gleichsam ein wenig violett geworden.

Viele dieser Frauenzimmer bedauern, daſs sie sich haben tätowieren lassen, und einigen derselben ist es eine Plage mit diesen Erinnerungen an frühere Verhältnisse herumzugehen, so wie es auch in neueren Verhältnissen sehr unliebsam und unpraktisch sein kann. Sie versuchen deshalb mitunter auch Abtätowierungsmittel, aber fast nie mit wesentlichem Nutzen; die schwächeren Mittel nützen nie,[14] und die stärkeren sind zu schmerzhaft, können in ihr Geschäft störend eingreifen, und noch dazu fehlt diesen Menschen Geduld für eine solche nicht kurzdauernde planmäſsige Behandlung, sowie auch oft die Geldmittel. Die Detätowierungslitteratur ist nicht gering, in späteren Jahren noch durch ein paar Arbeiten vermehrt.[15] Die praktische Ausbeute der Untersuchungen und der Versuche auf diesem Gebiete ist fernerhin nicht groſs.

II.

Während die Tätowierungen bei den öffentlichen Frauenzimmern recht häufig gesehen werden, kommen sie dagegen bei anderen Individuen des weiblichen Geschlechts nur selten vor und fast nur bei solchen, die der geheimen Prostitution angehören, von welcher ab die öffentliche hauptsächlichst rekrutiert wird, zum Teile also mit schon tätowierten Individuen.

Von den 292 verschiedenen im selbigen Jahre (1901) in diese Abteilung des Spitals eingelegten Individuen hatten nur 27 oder etwas über 9,2 % Tätowierungen in starkem Gegensatz zu den 32 % der anderen Abteilung.

Von diesen 27 Individuen waren 13 unter 20 (zwei 16) Jahre alt, acht 20—25 und zwei über 30 (bis 31) Jahre.

Bei 15 datierten die Tätowierungen aus den letzten Monaten oder wenigstens dem letzten Jahre, drei hatten sie im Zwangshause erworben, vier trugen sie schon 5—7 Jahre.

---

[14] Bis zu unseren Tagen hinab hat sich bei den öffentlichen Dirnen der Glaube erhalten, daſs Waschungen mit Milch, besonders mit Muttermilch, die Tätowierungen zum Schwinden bringen konnten.

Daſs derselbe Aberglaube auch in Deutschland lebt, davon zeugt eine kleine Mitteilung Hellers (Kleine Beiträge zur Tuberkulosefrage. *Münch. med. Wochenschr.* 1902. No. 15. Mit zwei kolor. Taf. u. zwei Abbild. im Texte).

[15] C. T. Hansen, Om Fjernelse af Tatoveringer. *Hosp. Tid.* 4 R. V., 45. 1897. S. 1061—1072. (Auch Litteraturübersicht.)

Feyding, Studien über Depigmentierungen. *Monatsh. f. prakt. Derm.* XXVIII. 1899. S. 439—448.

Bei zwei jungen Individuen wurde eine Tätowierung oberhalb des Knies gesehen und bei einem eine oben am Brustbein, bei allen anderen fanden sie sich an den oberen Gliedern. Bei 22 hatten sie ihren Sitz an den Vorderarmen, bei 11 an der Innenseite des rechten allein, bei 6 an den Oberarmen, bei einem am Handrücken und bei einem an einem Finger.

Drei Individuen zeigten allein eine oder zwei Figuren, neun allein Buchstaben oder Namen, mitunter dabei Datum und Jahreszahl, und 15 Figuren neben Buchstaben oder Namen. Die Buchstaben sollten sich auf männliche Verbindungen beziehen, was auch die Namen thaten. Die Figuren waren gewöhnlicher Art; drei stellten ein (bei zwei von einem Pfeil durchbohrtes) Herz dar, drei gefaltete Hände, drei das banale Glaube—Hoffnung—Liebe-Emblem, zwei die grofse Flaggendekoration, zwei eine Rose, die übrigen respektive einen Zweig mit Blättern, einen geflügelten Engelskopf, einen Mannskopf, eine ganze männliche Figur, das grofse Schiff, ein Querband und einen Fingerring dar. — Die Figuren waren im ganzen mit gröfserer Sorgfalt als bei den öffentlichen Prostituierten gemacht.

Nur zwei dieser (27) Individuen zeigten schon die traurige Übertätowierung von Buchstaben oder Namen.

Versammlungen.

17. Jahresversammlung der British medical Association,

abgehalten zu Manchester 30. Juli bis 1. August 1902.

(*The British Journal of Dermatology.* September 1902.)

Der Vorsitzende Dr. H. G. Brooke (Manchester) bedauert in der Einleitungsrede, dafs mehrere hervorragende Kollegen des Auslandes, die ihr Erscheinen zugesagt hatten, durch triftige Gründe verhindert seien, an der Versammlung teil zu nehmen. Unter ihnen sollte Dr. L. Freund (Wien) die erste Diskussion über **Radio- und Phototherapie** eröffnen. Für denselben verliest Dr. G. H. Lancashire einen Auszug des eingesandten Vortrages, aus welchem folgende Punkte hervorgehoben seien:

1. Alle strahlenden Phänomene haben dieselbe physikalische Grundlage.

2. Die in der Dermatologie verwendeten Strahlen besitzen chemische, floreszierende und elektrische Eigenschaften.

3. Die Wirkung der Strahlen auf den menschlichen Körper wechselt, wie die chemischen Agentien, je nach der Dosierung. Schwache Dosen begünstigen organische Prozesse, wie das Haarwachstum und die Pigmentproduktion, stärkere Dosen setzen die Vitalität herab, rufen entzündliche Reaktion oder thatsächliche Nekrose hervor.

4. Strahlende Hitze, Elektricität, Licht und X-Strahlen beeinflussen in ähnlicher Weise das Zellleben.

5. Die d'Arsonvalisation kann in die Radiotherapie mit eingeschlossen werden. Ihre physiologische Wirkung beruht allein auf der den Gebrauch des d'Arsonvalschen Apparates begleitenden Funkenentladung, die vorwiegend das vasomotorische System der Haut trifft und die Neigung zeigt, die oberflächliche Epithelschicht zu nekrotisieren.

6. D'Arsonvalisation erweist sich dort nützlich, wo durch Desquamation ein günstiger Effekt hervorgerufen wird, so bei der Pityriasis versicolor, Acne vulgaris, Rosacea und bei Pigmentanomalien. Auch bei Fissura ani, bei Lupus erythematosus und bei verschiedenen Formen von Pruritus hat sie Gutes geleistet.

7. Die X-Strahlenbehandlung eignet sich an erster Stelle zur Entfernung der Haare bei Ringworm, Favus, Sykosis, Hypertrichosis. Bei diesen Krankheiten ist sie wirksamer als die Lichtbehandlung. Ihre depilatorischen Eigenschaften beruhen auf einer direkten Zerstörung der Haarfollikel oder einer Alteration der dieselben versorgenden Blutgefäfse.

8. Die X-Strahlen besitzen keine baktericiden Eigenschaften.

9. Der destruierende Einfluſs der X-Strahlen zeigt sich besonders beim Lupus, beim Epitheliom, wo Zellinfiltration und Zellproliferation die hervorstechendsten Merkmale sind.

10. Ein Vergleich der X-Strahlen- und Lichtbehandlung des Lupus ergiebt für beide Methoden so ziemlich gleiche Resultate. Rationellerweise empfiehlt es sich, groſse Flächen zuerst mit X-Strahlen und die restierenden Herde mit dem Finsenschen Apparat zu behandeln.

11. Die klinischen Merkmale der Röntgenbestrahlung sind: a) Schwellung der Haut; b) mildes Erythem; c) Pigmentveränderungen; d) Haarverlust; e) subjektive Symptome, wie Brennen, Jucken etc.

12. Finsen und andere Autoren haben den therapeutischen Wert der blauen, violetten und ultravioletten Strahlen hervorgehoben; doch sind Strahlen von gröſserer Wellenlänge ebenfalls therapeutisch wertvoll. Übrigens wird man beim Finsenschen Lichtapparat nicht ausschlieſslich die ultravioletten, sondern überhaupt die tiefer eindringenden Strahlen für den therapeutischen Effekt verantwortlich machen.

13. Die Lichtstrahlen, wie die X-Strahlen vermögen nicht nur krankhafte Zellelemente zu zerstören, sondern auch stimulierend auf die Produktion von Bindegewebe und Narben einzuwirken.

14. Neben den ultravioletten Strahlen mit kurzer Wellenlänge sind auch die gelben und roten längerwelligen Strahlen von therapeutischem Effekte.

Dr. J. H. Sequeira teilt seine Erfahrungen mit, die er mit den X-Strahlen gemacht hat. Von 80 Fällen mit Ulcus rodens sind 34 geheilt worden, die übrigen befinden sich noch in Behandlung. Bei ganz frischen Fällen hält Redner die vollständige Excision für die beste Behandlungsmethode.

Was den Lupus betrifft, so sind für die X-Strahlenbehandlung die ulcerierten und ausgedehnten Fälle am geeignetsten. Bei Ringworm, Favus etc. hat dieselbe nur einen depilatorischen, aber keinen parasiticiden Wert.

An der Diskussion beteiligen sich mit Mitteilungen über die Licht- und Röntgentherapie die Doktoren S. E. Dose, Mac Leod, Leslie Roberts, Hall, Abraham, N. Walker, Lancashire, George Pernet.

Dr. C. Gilchrist demonstriert **Fälle und mikroskopische Präparate von blastomycetischer und protozoischer Dermatitis.** Das klinische Bild ist bei beiden sehr ähnlich. Zuerst entwickelt sich eine Papel, die pustulös, dann ulcerös wird, im weiteren Verlaufe eine verruköse oder fungöse Beschaffenheit annimmt. Die Krankheit erstreckt sich häufig über eine groſse Reihe von Jahren, ohne besondere

Beschwerden zu bereiten. Die protozoische Form führt nicht selten zu tödlich verlaufenden Komplikationen, namentlich Pneumonie, Tuberkulose.

Die histologischen Charaktere der beiden Affektionen gleichen denen der Tuberkulose. Therapeutisch hat sich das Jodkalium sehr gut bewährt. — Die bisher publizierten 38 Fälle sind sämtlich in Amerika beobachtet worden.

Dr. Mac Leod spricht über **die histologischen Veränderungen, welche durch die Lichtbehandlung hervorgerufen werden.**

Dr. Sequeira und Dr. Balkan sprechen über **Lupus erythematosus.**

Hierauf werden aufser der Finsenschen Originallampe noch einige Lichtapparate demonstriert.

Herr Malcolm Morris spricht über **Psoriasis.** Redner bemerkt, dafs die Psoriasis eine der verbreitetsten und gleichzeitig am wenigsten verstandenen Hautkrankheiten sei. Die zur Erklärung aufgestellten Theorien könne man mit Brooke einteilen in humorale, neuropathische und parasitische. R. Crocker habe als ätiologischen Faktor eine vasomotorische Störung mit Hinzutritt eines Parasiten angenommen. Pringle betrachte die Krankheit als eine Trophoneurosis und Norman Walker als eine parasitäre. Auffallend sei ihr ungleich häufigeres Auftreten in Europa als in Amerika, ihre relative Seltenheit in den Tropen. Bekannt sei das Vorkommen von Psoriasis im Anschlufs an einen Nervenchoc und nervöse Prostration, ferner in Verbindung mit Arthritis.

Was ihre Beziehung zur Seborrhoe betrifft, so sei es, wenn beide gleichzeitig zusammentreffen, oft schwierig, sie von einander zu unterscheiden. Jedoch seien es sicher nicht identische Affektionen.

Redner möchte folgende Psoriasistypen unterscheiden: 1. den einfachen Typus der Gesunden; 2. den akuten Typus der Nervösen; 3. den osteoarthritischen; 4. den exfoliativen, zur Dermatitis exfoliativa hinneigenden Typus; 5. den seborrhoeartigen Typus.

Hinsichtlich der Therapie sei in den meisten Fällen nur die lokale Behandlung von Erfolg. Beim nervösen Typus dürfte innerlich Brom zu verordnen sein. Immer müsse man darauf achten, dafs auch die letzte Psoriasisplaque völlig verschwinde.

C. Berliner-Aachen.

Fachzeitschriften.

The British Journal of Dermatology.

Band 14. September 1902.

I. **Tinea mikrosporon der Katze,** von Leslie Roberts-Liverpool. Die Infektionsquelle für eine grofse Reihe von Erkrankungen an Trichophytie bildeten zwei Kätzchen in Unterägypten, von denen eins nach England in eine aus zahlreichen Mitgliedern bestehende Familie gebracht wurde. Wenige Tage später erkrankte die älteste Tochter des Hauses mit einer roten Plaque am Halse; nach einer Woche zeigten 6 Geschwister ähnliche Plaques. Nach Ablauf von 3 Wochen waren 9 Familienmitglieder und ein Hund angesteckt worden.

Bei der Katze war die Krankheit auf die Stirn und die Ohren beschränkt und durch kahle, abschuppende Stellen und zahlreiche, kurze, abgebrochene, leicht epilierbare Haare charakterisiert.

Beim Hunde bemerkte man nur eine einzelne, cirkuläre, gegen die Peripherie leicht infiltrierte, hellrote Partie, innerhalb deren viele Haarstümpfe vorhanden waren. Im ganzen unterschied sich das klinische Bild des Ringworms beim Hunde wesentlich von dem beim Kätzchen.

Die Kinder zeigten zahlreiche rote, schuppende, zumeist am Halse gelegene Stellen, die der gewöhnlichen Tinea circinata sehr ähnlich sahen. Bläschenbildung war jedoch nicht vorhanden. Bei den drei jüngsten Kindern war auch die Kopfhaut befallen. Die ersten Anzeichen der Pilzinvasion waren hier angedeutet in einer sehr kleinen, cirkulären, von einem Bande horniger Epidermis umgebenen Aushöhlung der Cuticula. Es hatte den Anschein, als ob weniger Hyperämie, als eine Verdünnung des Epithels bestand. In diesem Stadium zeigten die Haare und die Follikel noch keinerlei, wenigstens keine makroskopisch sichtbaren Anzeichen der Affektion. Aber schon im nächsten Stadium des Prozesses bemerkt man das Abbrechen des Haarschaftes kurz über den Follikelmündungen.

Mikroskopisch wurde sowohl bei der Katze wie beim Hunde die stärkere Pilzwucherung in der Epidermis und nicht im Haar beobachtet, während bei den Kindern die Haare ungleich stärker befallen waren.

Der auf 2%igem Pepton-Agar bei 28—30° C. rein gezüchtete Pilz der Katze zeigt eine grofse Wachstumsenergie. In 5 Tagen erreichte eine Kultur bei 32° C. die Gröfse eines Schillings. Das hervorstechendste Merkmal dieses Pilzes besteht in einer Umwandlung des terminalen Teils des alten Mycels in eine Brut von Megalogonidien, welche von dicken Wandungen eingeschlossen und durch Septen geteilt sind. Botaniker haben diese Gonidien oft beschrieben und sie mit „Chlamydosporen" bezeichnet. Dieselben gleichen einem Boot mit abgestumpften Enden. Die Septa entsprechen den Sitzen des Bootes. Bei jungen Mycelien findet man sie niemals. Ihre Entwickelung beginnt im Centrum der vegetierenden Kolonie, d. h. in dem Teile, in welchem alles aktive Wachsen vorüber ist. Die Chlamydosporen sind eine gewöhnliche Reproduktionsform bei allen animalen Ringwormpilzen.

II. **Der Lupus erythematosus und sein Zusammenhang mit hypertrophischer Rhinitis und Ozaena nach atrophischer Veränderung der Paukenhöhle und des Meatus auditorius externus,** von W. B. Warde. Der Verfasser berichtet über 15 Fälle, von denen 13 Frauen, 2 Männer betrafen. Die Patienten standen vorwiegend im Alter von 20—30 Jahren, als die Affektion begann. 5 zeigten die hypertrophische, 5 die atrophische Form der Rhinitis; 6 der letzteren 10 litten an Ozaena, die bei einigen Patienten sich sofort durch einen unangenehmen Geruch kennzeichnete.

In der Mehrzahl der Fälle zeigte der äufsere Gehörgang eine auffallende Trockenheit. Das Trommelfell wie die begrenzende Epidermisschicht sah weifs aus.

Verfasser glaubt, dafs sowohl die Erscheinungen in der Nase, wie im Ohr möglicherweise mit der Affektion in direktem Zusammenhange stehen.

C. Berliner-Aachen.

Journal des maladies cutanées et syphilitiques.

1902. Heft 7—8.

Über einige Formen von Prurigo diathésiques de Besnier, von Menahem Hodara-Constantinopel. Ist in Bd. 34, S. 479 ff. dieser *Monatshefte* in deutscher Übersetzung erschienen.

Die Phototherapie in der Dermatologie, von A. Chatin und M. Druelle. Die Lichtbehandlung ist zuerst von Finsen in die Dermatologie eingeführt und die

Verfasser beschreiben in eingehender Weise die Apparate, deren sich der Kopenhagener Dermatologe dabei bediente. Das Hauptprinzip bei aller Lichtbehandlung beruht darin, unter möglichster Ausschaltung oder Unschädlichmachung der linksprismatischen Strahlen die sogenannten chemischen Strahlen zur vollen Wirkung zu bringen. Der von Finsen für diesen Zweck ausgedachte Apparat erwies sich jedoch bald als zu kostspielig, zu umständlich und zu zeitraubend. Erforderte doch jede Sitzung einen Zeitaufwand von über einer Stunde und jeder Apparat zu seiner Bedienung einen eigenen Wärter. Es war das Bestreben daher naturgemäfs auf eine Vereinfachung dieses neuen Verfahrens gerichtet und so entstanden, wie überall so auch in Frankreich, bald dankenswerte Modifikationen, mit deren zweien wir in der vorliegenden Arbeit gleichfalls bekannt gemacht werden. Die eine von diesen rührt von Lortet und Genoud her, die andere von Broca und Chatin. Der Apparat Lortet und Genoud ist wiederum von Maire in Toulouse in einer mehr nebensächlichen Weise abgeändert worden.

Die mit diesen verschiedenen Apparaten erzielten Heilerfolge gestalteten sich nun wie folgt:

Bei Finsen wurden behandelt Lupus vulgaris, Lupus erythematosus, Alopecie, Hautepitheliome, Acne vulgaris und Naevus planus.

Von den 553 Fällen von Lupus vulgaris waren zur Zeit der Veröffentlichung 130 noch in Behandlung, 29 schieden durch Tod oder schwere Erkrankung aus, 32 unterbrachen die Behandlung, 362 wurden als einstweilen geheilt entlassen. Sämtliche Patienten waren ausschliefslich mit Licht behandelt worden.

Von 38 Fällen von Lupus erythematosus wurden 12 geheilt, 13 stehen noch in Behandlung, 13 schieden aus.

Bei der Alopecie kamen auf 36 Fälle 28 Heilungen;
beim Hautepitheliom „ 22 „ 10 „
bei der Acne vulgaris „ 20 „ 12 „ bezw. Besserungen;
beim Naevus planus „ 13 „ 2 „ während 9 noch in Behandlung blieben.

Die Narbenbildung war in allen diesen Fällen zum Teil eine vorzügliche.

Mit dem Apparat Lortet-Genoud wurden unter 43 Fällen von Lupus vulgaris, die schon die eingreifendsten anderweitigen Behandlungen erfolglos erduldet hatten, 8 Ganz- und 7 Fastheilungen erzielt; bei 14 weiteren war die Heilung sichtbar eingeleitet und bereits mehr oder minder weit fortgeschritten. Ähnliche günstige Erfolge finden sich für den Lupus erythematosus verzeichnet.

Über die Einwirkungen des Apparates Broca-Chatin sprechen sich die Verfasser noch mit Zurückhaltung aus. Es kamen im ganzen erst 16 Fälle zur Behandlung und die Zeit seit dem Beginn der Behandlung ist noch zu kurz, doch sind auch hier günstige Ergebnisse wahrscheinlich.

Die Quecksilbereinspritzungen, von Jullien. Jullien gehört nicht zu den Fanatikern, die nur auf ein Quecksilbersalz eingeschrieben sind. Mit wohlthuender Objektivität führt er sie uns der Reihe nach vor und hat für jedes fast ein zärtliches Wort. Nicht dafs er ohne Vorliebe für bestimmte Präparate wäre, aber er weifs diese Vorliebe dann doch zu begründen, läfst sich von ihr für die Vorzüge anderer Verbindungen nicht blenden.

Nachdem er die Theorie der Wirkung mit einigen Worten gestreift, das, was über das Schicksal des eingespritzten Quecksilbers bekannt ist, berichtet hat, kommt er auf sein eigentliches Thema zu sprechen. Lösliche oder unlösliche Salze? Beide haben ihre Vorzüge. Theoretisch betrachtet, stellt die Einspritzung löslicher Salze ein ideales Verfahren dar, weil man von ihnen genau so viel und so wenig einspritzen

kann, wie der Augenblick verlangt und eine Überladung des Organismus leicht vermeidbar erscheint. Praktisch ist dies Vorgehen freilich oft umständlich und zeitraubend und umständlich für den Patienten; wo ein energisches Eingreifen bei drohender Schädigung lebenswichtiger Organe durch die Syphilis erforderlich ist, darf man dieses Vorhaben nicht empfehlen. Verdient ein bestimmtes lösliches Salz den Vorzug vor den anderen? JULLIEN antwortet mit Nein. Den LEREDDEschen Standpunkt, man solle dasjenige Salz wählen, das prozentualiter am meisten Quecksilber enthalte, läfst er nicht gelten. Er selbst wendet vielfach das Hg succinimid. an, ohne deshalb die guten Wirkungen der anderen löslichen Salze zu bestreiten. Dafs man die wässerigen Lösungen auch mit künstlichem Serum versetzen kann, wird von ihm als ein unter Umständen wesentlicher Vorteil anerkannt.

Bei Besprechung der unlöslichen Salze wird SCARENZIOS Verdienst um diese Methode mit warmen Worten anerkannt. Es wird auf die Schnelligkeit hingewiesen, mit der auf diese Weise eingespritztes Quecksilber den Körper durchdringt, indem es oft schon eine Stunde nach der Einspritzung im Speichel und im Harn erscheint, und es wird andererseits die Thatsache berichtet, dafs es bisweilen noch nach Jahren am Ort der Einspritzung nachweisbar war. J. hat auch mit Hülfe der Radiographie das Benehmen des Quecksilbers innerhalb der Gewebe beobachtet. In die Muskulatur des Oberschenkels eingespritzt, nahm es eine längliche Form an im Sinne der Muskelfasern, in der Glutäalgegend bildete es dagegen eine rundliche, polypenartige Masse.

Die Gefahr der Abscefsbildung nach Kalomeleinspritzungen kommt bei der gut ausgebildeten Technik nur noch in Ausnahmefällen vor. J. giebt hierzu einige hübsche Beispiele und erzählt als Gegenstück von einer Morphinistin, die trotz zahlreicher „Morphiumabscesse“ in der Haut die Kalomeleinspritzung nicht mit einem solchen beantwortete.

Die Menge des unlöslichen Salzes für jede Einspritzung richtet sich am besten nach dem Körpergewicht, und zwar genügen nach J.s Erfahrungen 0,05 bei 50 kg, 0,1 bei 80 kg Körpergewicht mit Abstufungen von 0,01 Salz für dazwischenliegende je 10 kg Körpergewicht. Die ersten Einspritzungen wiederholt J. nach je 8 Tagen, später schiebt er immer längere Zwischenräume ein. Den Vorzug verdienen die unlöslichen Salze unbedingt bei allen schwereren Formen der Syphilis, ganz besonders bei Harn- und Rückenmarkslues, ferner in zweifelhaften Fällen, in denen wir vor der Frage stehen: Syphilis oder andersartige Neubildung, endlich — und das wird von JULLIEN ganz besonders betont — als Abortivum im Beginn der Syphilis. Ob man schliefslich Kalomel, das Hg-Salicylat, das Oleum cin. oder ein anderes wirksames Salz wählt, ist ziemlich belanglos. Je mehr Auswahl, desto besser. Timeo medicum unius remedii, sagt JULLIEN. *Türkheim-Hamburg.*

Bücherbesprechungen.

Die venerischen Krankheiten in den warmen Ländern, von B. SCHEUBE. (Joh. Ambrosius Barth, Leipzig 1902.) Mit Hülfe einer grofsen Anzahl von Kollegen, denen SCH. Fragebogen zur Beantwortung gesandt hatte, stellt Verfasser die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten in den Tropen und sonstigen Ländern zusammen. Die Syphilis ist fast allgemein verbreitet, es sind nur wenige Gegenden in Hinterindien, auf den niederländisch-indischen Inseln, auf Luzon, im Herzen Afrikas, auf Neu Guinea

und einzelnen Inselgruppen der Südsee, im tiefsten Innern Brasiliens, deren Bewohner noch verschont sind. Die Verbreitung ist ungleich, je freier die Prostitution, desto verbreiteter die Lues. Die Schwere der Krankheit ist verschieden, die Sekundärerscheinungen aufser den breiten Condylomen treten stark in den Hintergrund und fehlen oft ganz, dafür herrschen meist tertiäre Formen, Knochenaffektionen, Gummata vor und treten schon frühzeitig auf. Leicht und gutartig ist die Lues in Abessinien, Zansibar, Nicaragua. Von besonderen endemischen Formen ist die Tety auf Madagascar und die Framboesia tropica anzuführen. Tabes und progressive Paralyse sind in tropischen Ländern, auch wenn die Syphilis stark verbreitet ist, überall selten oder gänzlich unbekannt, eine Thatsache, die beweist, dafs die Lues nicht deren alleinige Ursache sein kann. Arteriosklerose und Aneurysma sind in einigen Ländern bei Syphilis auffallend häufig, in anderen selten beobachtet, ersteres in der Türkei, Japan, Ägypten, Kalifornien, Kuba, Haiti, Brasilien.

Der weiche Schanker ist in warmen Ländern überall verbreitet, der phagedänische in manchen (Algerien, Tunis, Natal, Brasilien) häufig. Auch der Tripper kommt fast überall in Massen vor, verschont von ihm sind die Batta in Pea Radja auf Sumatra, die Papua in Kaiser Wilhelmsland und in Britisch Neu-Guinea. Sein Verlauf weicht nicht von dem europäischen ab. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über chemische Umsetzungen zwischen Eiweifskörpern und Anilinfarben, von Martin Heidenhain-Tübingen. (Emil Strauſs, Bonn 1902.) In sieben umfangreichen Kapiteln bringt der bekannte Autor seine Untersuchungen vor, um ein für alle Mal festzustellen, dafs Eiweifskörper nicht blofs thatsächlich oft mit Anilinfarben in chemische Reaktion treten, sondern dafs bei gegebenen Bedingungen eine solche Reaktion durchaus eintreten mufs. Er zeigt erstens, dafs freie aromatische Säuren, im besonderen auch freie Farbsäuren, mit Eiweifs sich zu Acidalbuminen vereinigen. Zweitens legt er eine ausführliche Untersuchung über die eiweifsfällende Kraft der sulfonsauren Azofarbstoffe vor; auch hierbei entstehen Acidalbumine, welche sehr schön gefärbt sind. Um das näher zu beweisen, wird im dritten Kapitel besprochen, dafs die amidoazosulfosauren Farbkörper das Eiweifs nicht im Farbenton der freien Säure, sondern in der Farbe der Salze fällen, beziehungsweise, dafs die aus den genannten Komponenten gebildeten Acidalbumine mit der Salzfarbe in Lösung gehen. Das vierte Kapitel dient dem vorangegangenen zur Ergänzung, insofern es den Nachweis bringt, dafs auch einige Körper aus der Gruppe des Phenolphthaleïns und Eosins mit Eiweifs schön gefärbte Salze bilden. Im fünften Kapitel wird dargethan, dafs auch die Alizarine mit Eiweifs prachtvoll gefärbte Verbindungen liefern, während Kapitel 6 die Einwirkung basischer Farbsalze auf Eiweifs darstellt, wobei unter anderem die Bildung sehr schön gefärbter Albuminate beschrieben wird. Im letzten Kapitel wird gleichsam als Beigabe Einiges über die Entstehung nukleinsaurer Farbsalze berichtet, während Verfasser im Schlufswort noch einmal auf die Theorie der Färbungen zurückkommt. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Pharmakologie und allgemeine Therapie der Haut.

Hermophenyl, ein neues merkurielles Antisepticum, von L. Bérard-Lyon. (*Bull. méd. de Paris.* 4. Mai 1901.)

Behandlung der Syphilis mit Hermophenylinjektionen, von Henry Reynès-Marseille. (*Marseille-méd.* 1. Okt. 1901.) Das von Lumière in Lyon entdeckte Hermophenyl (Quecksilberoxyd, aufgelöst in Natrium carbolicum bisulfurosum) ist eine organische metallische Verbindung, die 40% Quecksilber enthält und ein weifses, amorphes, in Wasser sehr leicht lösliches Pulver darstellt. Nach den Untersuchungen Lumières wirkt Hermophenyl einerseits sehr stark baktericid, andererseits ist es sehr wenig giftig und reizt in Lösungen von 1 : 1000 bis 1 : 100 appliziert Haut und Schleimhäute absolut nicht. — Bérard hat das Hermophenyl in Form einer 1%igen Seife zum Waschen und Desinfizieren der Hände und des Operationsfeldes, in Form 1%iger Gaze und Watte zu Verbänden und zum Gebrauch bei Operationen und in Form 1—2%iger Lösungen zu feuchten Umschlägen verwendet und kann bestätigen, dafs das Mittel ein sehr zuverlässiges Antisepticum und Desinficiens ist und dafs es weder die intakte Haut, noch die bloſsgelegten Gewebe im mindesten reizt. Die mit Hermophenyl imprägnierten Verbandstoffe können eine Viertelstunde lang sterilisiert werden ohne sich irgendwie zu verändern. Hermophenyllösungen von 1 : 100 bis 1 : 30 wurden ferner an Stelle der Höllenstein- und Protargollösungen bei 250 Neugeborenen zu prophylaktischen Spülungen der Augen verwendet; obwohl der vierte Teil der Mutter mehr oder weniger starken Ausfluſs hatte, trat nur bei 2 Kindern am 3. bezw. 5. Tage eine leichte Rötung der Conjunctiva auf. Wenn in Zukunft Hermophenyl zur Behandlung ausgebildeter Ophthalmoblennorrhoen verwendet werden soll, so empfiehlt es sich, von vornherein Lösungen von 1 : 30 zu verwenden; dieselben reizen die Hornhaut und Bindehaut durchaus nicht.

Reynès hat das Hermophenyl zu Injektionskuren bei Syphilis verwendet. Er hat im ganzen bis jetzt bei 26 Luetikern ca. 100 Injektionen gemacht, und zwar spritzte er in Zwischenräumen von 2—4 Tagen je 4 ccm einer $^1/_2$%igen wässerigen Lösung, also 0,02 Hermophenyl = 0,008 metallisches Quecksilber ein. Die Injektionen wurden ausnahmslos gut vertragen und hatten, abgesehen von einer rasch vorübergehenden Gingivitis und Stomatitis bei einem Manne mit syphilitischen Ulcerationen der Zunge, nie irgend welche unangenehme Nebenwirkungen, insbesondere keine Schmerzen, Indurationen, Abscefsbildungen oder Hautpigmentierungen zur Folge. Der therapeutische Effekt war ein vorzüglicher: die 26 Kranken, welche die verschiedensten luetischen Manifestationen aufwiesen, wurden sehr rasch gebessert oder geheilt. — Hermophenilinjektionen werden am besten subcutan gemacht, und zwar an einer beliebigen Stelle, z. B. am Oberarm; die injizierte Flüssigkeit wird sehr rasch resorbiert. — Seinen Erfahrungen zufolge ist Reynès überzeugt, dafs die Hermophenylinjektionen bei der Behandlung der Syphilis in Zukunft eine grofse Rolle spielen werden.

Götz-München.

Über Unguentum Hydrargyri colloidalis (Merkurkolloid), seine Anwendungsweise und Wirkung, von Georg Scholem. (Inaug.-Dissert. Berlin, 1901.) Verfasser kommt in seiner aus O. Wertlers Poliklinik hervorgegangenen Arbeit zu dem Er-

gebnis, dafs das Merkurkolloid als ein zuverlässiges Antisyphiliticum zu betrachten ist, dessen besondere Vorzüge in seiner schnellen Resorptionsfähigkeit, seiner Reizlosigkeit auf die Haut, seiner langsamen, aber nachhaltigen Wirkung und vor allem in seiner sektiven Ungiftigkeit bestehen. Dasselbe gilt von den Merkurkolloidpillen. Die gleiche günstige Wirkung übt das Merkurkolloid in Salben- bezw. in Pflasterform auch auf Epididymitis, Arthritis, Lymphadenitis etc. aus. *A. Loewald-Graudenz.*

Über praktische Erfahrungen mit der Merkurkolloidbehandlung unter besonderer Berücksichtigung des chemischen Nachweises der Quecksilberausscheidungen, von Oskar Werler-Berlin. (*Therap. Monatsh.* 1902. Heft 3 u. 4.) Seit seiner letzten Veröffentlichung im Jahre 1899 hat Verfasser in einer grofsen Zahl von Fällen weitere Studien mit Merkurkolloidbehandlung bei Syphilis gemacht. Er giebt über seine Erfahrungen folgende Übersicht: 1. Die Merkurkolloidpräparate sind als ebenso leistungsfähige wie brauchbare Antisyphilitica für die allgemeine Praxis und als wertvolle Bereicherung des Arzneiapparates zu betrachten. 2. Zur Einreibungskur eignet sich am meisten das 10%ige Ungt. Hydrarg. colloidal. (Merkurkolloid), welches durch Schnelligkeit und Vollkommenheit der percutanen Resorption, sowie Sauberkeit bei der Anwendung der grauen Salbe entschieden überlegen ist, insbesondere aber wegen seiner Milde, Reizlosigkeit und Ungiftigkeit das Interesse der Ärzte verdient. 3. Die innerliche Darreichung in Form der Merkurkolloidpillen (3mal täglich 1—2 Pillen à 0,1 Merkurkolloid) hat sich andauernd so bewährt, dafs sie als eines der besten modernen Quecksilbermittel für die interne Medikation der Lues bezeichnet werden können. 4. Für lokale Applikation, speziell in der Chirurgie, ist, abgesehen von der 10%igen Kolloidsalbe, das gut klebende Collemplastrum Merkurkolloid empfehlenswert. 5. Der Ausscheidungsprozefs des Hydrargyrum colloidale erfolgt, wie die qualitativen und quantitativen Urinuntersuchungen von Schlossmann, Eichbaum, Aufrecht und Schroeder ergeben haben, in regelmäfsiger, aber langsamer Weise, wodurch eine sichere Gewähr (! Ref.) für die nachhaltige Wirkung der Merkurkolloidschmierkur geboten ist. 6. Der verhältnismäfsig billige Preis der Merkurkolloidpräparate ermöglicht ihre Verordnung auch für poliklinische und Kassenpatienten.

A. Loewald-Graudenz.

Hydrargyrum lacticum ist (*Klin. therap. Wochenschr.* 1902. No. 12) eine lösliche Quecksilberverbindung, hergestellt von Gaucher-Paris durch Auflösung des Hydrargyrum oxydatum rubrum in 10%iger Milchsäurelösung. Das Mittel wird als 1%ige Lösung subcutan gut vertragen, reizt nicht, ätzt nicht, ist wirksam. Porös als 1‰ige Lösung oder in Pillen verabreicht ist es verwendbar.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Vorläufige Untersuchung über die subcutanen Einspritzungen von Cacodylatum hydrargyro-jodatum, von L. Brocq, Civatte und Fraisse. (*Presse méd.* 1901. No. 57.) Die Cacodylate jodo-hydrargyrique der Verfasser stellt ein Präparat dar, in welchem sich Arsen, Jod und Merkur, und zwar als Natriumkakodylat, Jodnatrium und Quecksilberbijodür vereinigt finden. Es ist eine bei 120° sterilisierbare, wässerige Lösung, welche ohne jede Fällung dem Blutserum beimischbar ist. Sie wird in der Form subcutaner Einspritzungen gut vertragen, erzeugt nie Abscesse und keine oder nur geringe Schmerzen. Indikation: Syphilis mit ausgesprochener Ernährungstörung, Abmagerung und Neurasthenie, bei rebellischer Schleimhautlues und anderen rebellischen Fällen sekundärer und tertiärer Art. *Hopf-Dresden.*

Tötliche Quecksilbervergiftung nach Kalomelinjektionen. Verfasser ungenannt. (*Journ. d. pratic.* 1902. No. 14.) Chauffard berichtete jüngst über ein-

tötliche Quecksilbervergiftung bei einer Patientin, die wegen tertiärer Lues mehrere Injektionen von 0;05 Kalomel erhalten hatte. Fast 4 Monate nach der letzten Injektion kam die Frau mit vollständiger Anurie in die Klinik; die Kranke, bei der aufserdem mehrere Ulcerationen an der Clitoris konstatiert wurden, klagte über Kopfschmerzen und Übelkeit und erbrach wiederholt gallig gefärbte Massen; die Blase war leer und vollständig gesund. Nach 2 Tagen begann eine charakteristische merkurielle Stomatitis, die in kurzer Zeit aufserordentlich heftig wurde und von sehr starker Salivation begleitet war. Dann stellten sich noch schwere gastro-intestinale Störungen ein, es wurden blutige, diarrhoeische Stühle entleert und blutige Massen erbrochen. Während dieses letzten Stadiums urinierte die Kranke wiederholt, der Urin, dessen Menge an einem Tage 50 g, an einem anderen 750 g betrug, enthielt Eiweifs, zahlreiche Leukocyten und granulierte Cylinder in grofser Anzahl. 18 Tage nach dem Beginn der Anurie trat der Exitus ein. Bei der Sektion fanden sich an den Nieren die Zeichen einer alten Sklerose, aufserdem aber die Erscheinungen einer akuten Entzündung (grofse, weifse Nieren). Der schlimme Ausgang der Quecksilbervergiftung ist in diesem Falle sicher dadurch begünstigt worden, dafs die Nieren schon vor der Injektionskur nicht mehr intakt waren. Immerhin aber ist der Fall ein neuer Beweis dafür, dafs die Kalomelinjektionen nichts weniger als ungefährlich sind. *Götz-München.*

Angioneurosen.

Fall von RAYNAUDscher Krankheit, von H. A. CUMMINS. *(Brit. Med. Journ.* 15. Febr. 1902.) Ein im Krankenhaus zu Pretoria in Behandlung befindlicher Soldat entwickelte an der Nasenspitze, alsdann an beiden Ohrläppchen und der Innenfläche der Füfse eine sich sehr rasch ausbreitende Gangrän. Er war als ein Fall von Abdominaltyphus aufgenommen worden, doch bestätigte sich diese Diagnose nicht. Patient starb nach wenigen Tagen Krankseins. Offenbar war die schwere Erkrankung durch die Strapazen des Feldzugs bedingt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über Hautausschläge bei Anwendung von Diphtherie-Antitoxin, von A. STANLEY-Shanghai. *(Brit. Med. Journ.* 15. Febr. 1902.) Von 500 Diphtheriefällen, welche Verfasser im Laufe von zwei Jahren auf der betreffenden Abteilung eines Londoner Krankenhauses mit Antitoxin bei einer Mortalität von 16% behandelte, entwickelten 112 einen Hautausschlag. Derselbe wird geschildert als erythematös: 58 Mal; erythematös im Verein mit Urticaria: 15 Mal; Urticaria allein zeigten 30 Fälle, während die Hautläsionen 6 Mal scharlachartig und 3 Mal masernartig waren. Durchschnittlich traten die cutanen Erscheinungen am 10. bis 11. Tage hervor. Bei 17 Kranken wurden aufser diesen Affektionen des weiteren eine ganz frühzeitige vorübergehende Urticaria oder Erythem konstatiert; niemals aber entwickelte sich ein Abscefs an der Injektionsstelle. Als typischer Antitoxinausschlag kann ein Erythema marginatum bezeichnet werden, das an den Psoriasisgebieten lokalisiert ist und in Bogenlinien sich weiterverbreitend etwa drei Tage anhält. Ganz gewöhnlich bleibt eine Zeitlang eine geringe hellbräunliche Pigmentierung zurück. Auf den Verlauf der Krankheit im allgemeinen scheint die Komplikation keinen wesentlichen Einfluss zu haben. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Welche Zwischenfälle vermag das Chinin hervorzurufen?, von ALFRED MARTINET. *(Presse méd.* 1902. No. 32.) Der Verfasser zählt die unangenehmen Erscheinungen auf, welche sich nach Chiningebrauch einzustellen vermögen: Summen in

den Ohren (wie Glockengeläute), Schwerhörigkeit, Schwere des Kopfes; Pollakiurie bei Greisen und Neurasthenikern; Gebärmutterkontraktionen und Fehlgeburten; Erbrechen; Collapse, Präcordialangst und allgemeine Schwäche. Nicht zum geringsten vermag die Haut unter Umständen beteiligt zu sein. Wir beobachten aufserordentlich stark juckende, erythematöse, papulöse und urticarielle Exantheme. Sie beruhen auf einer Idiosynkrasie der betreffenden Personen und können bei besonders empfindlichen Individuen die Ausdehnung eines starken Masernausschlags oder einer akuten exfoliierenden scarlatiniformen, ja auch hämorrhagischen Dermatitis annehmen. *Hopf-Dresden.*

Zur Roseolenuntersuchung auf Typhusbacillen, von Camillo Seemann. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1902. No. 22.) Neuhauss fand zuerst 1886 Typhusbacillen in Roseolaflecken. Die Nachuntersucher kamen meistens zu negativen Ergebnissen, bis Neufeld 1899 zeigte, dafs die bactericide Kraft des Blutes allein an letzterem schuldig ist. Verdünnt man den austretenden Blutstropfen sofort durch auf die Haut geträufelte Bouillon, so ist das Resultat meistens ein positives. — Verfasser berichtet über die Untersuchung von 86 sicheren Typhusfällen, von denen 34 (= 94,4 %) Roseola zeigten. Als Typhusbacillen wurden nur solche angesehen, welche sich nach Gram entfärbten, in Traubenzuckerbouillon, Milch das entsprechende Verhalten zeigten, keine Nitroso-Indol-Reaktion gaben, agglutiniert wurden durch hochwertiges Typhusserum. — In 32 dieser 34 Fälle gelang der Nachweis der Typhusbacillen, 8 Mal sogar früher als die Gruber-Widalsche Reaktion. — Die Roseola typhosa ist eine bacilläre Hautmetastase; die Untersuchung der Roseolaflecke auf Typhusbacillen ist ein diagnostisch wertvolles Verfahren, welches leicht ausführbar ist.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Pellagra, von Giovanni Galli-Rom. (*Med. Woche.* 1902. No. 34.) 1881 fanden sich im Königreiche Italien 104017 Pellagrakranke. 1899 war deren Zahl auf 72603 gesunken. Venetien und die Lombardei partizipieren am meisten. Während die Gesamtzahl der Pellagrösen gesunken ist, nahm ihre Zahl in Toscana, Latium, Umbrien zu, von 1278 im Jahre 1881 auf 6082 im Jahre 1899. Auch in Spanien, Südfrankreich, Österreich, Rumänien, den Donaufürstentümern und Ägypten kommt die Krankheit vor. 1893 zählte Sandwith 500 Fälle daselbst. Es folgt eine Beschreibung des klinischen Bildes der Pellagra. Ätiologisch ist die Entstehung derselben noch nicht geklärt. Am meisten Anhänger gewinnt immer mehr die Lombrososche Theorie. Nach ihr hängt die Pellegra vom Maisgenufs ab; doch erzeugt derselbe das Leiden nicht wegen seiner mangelhaften chemischen Zusammensetzung, sondern weil er infolge seiner unvollkommenen Hülse eher als andere Getreidesorten pathogene Keime in sich aufnimmt. *Hopf-Dresden.*

Von der Pellagra, von Félix-Bukarest. (*La méd. orient.* 1902. No. 4.) Das Gesetz von 1893 verbietet den Verkauf verdorbenen Maises, aber es wird konsequent übertreten. Ja, die Bauern bezahlen sogar ihre Erntearbeiter mit verdorbenem Mais, wovon Präfekt und Unterpräfekt Kenntnis haben, ohne einzuschreiten. Die Prädisposition zur pellagrösen Erkrankung kann zwar auch ererbt sein, ist aber in den allermeisten Fällen eine erworbene. Zum Teil ist die schlechte Lebensführung, schlechte Wohnung, vorherige Erkrankung an Sumpffiebern, Alkoholismus daran schuld, dafs diese Pellagradisposition acquiriert wird. Félix schlägt Verteilung von Chinin unter der Landbevölkerung vor, um Fiebererkrankungen (Malaria u. a.) vorzubeugen. Ferner wird die Hebung der Lebensbedingungen der Landleute gefordert, Hebung der Viehzucht verlangt, womit die Milch der Kühe eine Rolle als Nahrungsmittel gewinnen würde

Hopf-Dresden.

Erythema multiforme dolorosum im Anschluſs an eine Injektion von Antistreptokokkenserum, von Dunot. (*Ann. policlin. centr.* 1902. No. 1.) Verfasser behandelte einen Patienten mit Urethritis chronica, der eine Spermatocystitis purulenta zu Grunde lag; die Behandlung blieb erfolglos. Miskroskopisch hatten sich nie Gonokokken, aber zahlreiche andere Kokken gefunden; die bakteriologische Untersuchung ergab Staphylococcus albus und Streptococcus pyogenes in groſser Menge. Als durch die Verlobung des Patienten die Beseitigung des Leidens sehr dringlich geworden war, kam Verfasser die Idee, einen Versuch mit Antistreptokokkenserum zu machen. Er injizierte in drei Tagen 250 g in den Rücken und die Oberschenkel. Die Folge war eine Phlebitis der unteren Extremitäten und vom dritten Tage ab ein sehr schweres Krankheitsbild mit hohem Fieber, sehr heftige Gliederschmerzen, die besonders in den Gelenken lokalisiert waren, ohne daſs diese aber geschwollen oder gerötet waren, und einem fleckigen Erythem, das auf die Extremitäten beschränkt war, aber die Gelenke frei lieſs; später kamen noch Schlingbeschwerden und Lähmungserscheinungen hinzu. Nach einigen Tagen schwanden die Beschwerden sehr rasch vollständig; mit ihnen waren auch die Streptokokokken aus den Samenbläschen verschwunden. — (Verfasser bezeichnet die Erkrankung als Erythema multiforme dolorosum oder als Pseudo-Polyarthritis rheumatica acuta; beide Bezeichnungen treffen unseres Erachtens nicht zu. Mit dem Erythema multiforme hat der Fall jedenfalls nichts zu thun; das Erythem ist als ein toxisches anzusehen. Am richtigsten wäre wohl die Bezeichnung: Intoxikationserscheinungen nach Antistreptokokkenserum-Injektionen. Ref.)

A. Loewald-Graudens.

Ein Beitrag zur Kasuistik des akuten umschriebenen Ödems (Epileptische Insulte im Verlaufe des Hydrops hypostrophos), von Carl v. Rad-Nürnberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1902. No. 8.) Bei einem 47jährigen Manne, der in den letzten Jahren mehrfach an Rheumatismus gelitten hatte, waren im Verlaufe von drei Monaten drei epileptische Krampfanfälle und im Anschluſs an diese epileptische Schwindelfälle aufgetreten; letztere wiederholten sich während der folgenden Monate sehr häufig. Ungefähr ein Vierteljahr nach dem ersten epileptischen Insult stellte sich alltäglich meist am frühen Morgen ein 3—4 Stunden anhaltendes akutes Ödem der Gesichtshaut ein, das mit Schmerzen in der stark gespannten Haut, Eingenommenheit des Kopfes, Übelkeit, Herzbeklemmungen und Heiserkeit einherging. Die Untersuchung ergab auſser einer Steigerung der Sehnenreflexe und starker Verlangsamung und Unregelmäſsigkeit des Pulses nichts Abnormes. Während die Schwindelanfälle unter Bromgebrauch bedeutend nachlieſsen, trotzten die Ödeme jeder Therapie, um nach einigen Wochen von selbst auszubleiben. Dafür stellten sich nun wiederholt am Tage auftretende akute Ödeme der Schleimhaut des Pharynx, des Ösophagus und des Magens ein, die sich durch ein Gefühl des Geschwollenseins vom Magen bis zum Schlunde, absolute Unfähigkeit zum Schlucken, Appetitlosigkeit, Übelsein, Brechreiz und Empfindlichkeit der Magengegend äuſserten und sich durch mehrere Monate hindurch wiederholten. Die Herzthätigkeit wurde zu dieser Zeit eine ganz regelmäſsige. Einige Monate später trat dann noch ein ausgedehntes, schmerzloses, mehrere Tage anhaltendes Odem beider Unterschenkel auf. Der weiteren Beobachtung entzog sich der Kranke. — Es handelte sich in diesem Falle um ein akutes angioneurotisches Ödem. Die epileptischen Insulte müssen als den Ödemen der Haut und der Schleimhäute gleichwertige Manifestationen der unter dem Bilde des akuten Ödems auftretenden vasomotorisch-trophischen Neurose aufgefaſst werden. — In einem Nachtrag berichtet der Verfasser, daſs bei dem Kranken späterhin das Bestehen eines Mediastinaltumors konstatiert worden ist.

Göts-München.

Segmentartiges Ödem, von Debove. (*Presse méd.* 1902, No. 43.) Das segmentäre Ödem, welches von Meige als Trophödem beschrieben worden ist, unterscheidet sich von allen Odemen der Elephantiasisgruppe (Filaria, Lepra, Lymphvaricen u. a.) durch das Fehlen jeder Pachydermie. Von den Ödemen bei Zirkulationserkrankungen unterscheidet es sich durch das segmentartige Befallensein ganz bestimmter begrenzter Gebiete, die gegeneinander wie an Fufs, Unter- und Oberschenkel abgegrenzt erscheinen. Verfasser beschreibt einen solchen Fall bei einer 25 jährigen Frau. Das Ödem, segmentiert am Fufsgelenk und der Leistenbeuge, ergreift die linke Gesäfshälfte abgesehen vom ganzen linken Bein. Vorn endet das Ödem mit der Leistenbeuge. Die Haut ist nirgends verändert, weder in Konsistenz noch Farbe. Fingerdruck erzeugt nur mit Mühe höchstens ganz unten am Fufs eine Delle. Reflexe, Sensibilität, Motilität, alles ist normal geblieben. Seit dem 8. Lebensjahre nahm das linke Bein ständig an Umfang zu. Seit drei Jahren scheint in dieser Zunahme Stillstand erfolgt zu sein. *Hopf-Dresden.*

Untersuchungen über den Skorbut, von Pierre Thomas und Albert Morel. (*Lyon méd.* 1902. No. 9.) Die Verfasser haben in einem typischen Fall von Skorbut eine genaue Untersuchung des Blutes vorgenommen, dasselbe erwies sich, abgesehen von einer unbedeutenden Verminderung der Zahl der Blutkörperchen, als normal, ein Befund, der ja auch von anderen Untersuchern erhoben wurde. Es ist demzufolge nicht richtig den Skorbut zu den Blutkrankheiten zu rechnen; er gehört vielmehr zu den Ernährungskrankeiten und wird wahrscheinlich durch gewisse endogene Toxine hervorgerufen. Die Hämorrhagien stellen eine Folge der Wirkung dieser Toxine auf die Vasomotoren oder auf die Wände der Kapillaren dar. *Götz-München.*

Purpura haemorrhagica bei Genitaltuberkulose, von Gossner-Brandenburg a. H. (*Münch. med. Wochenschr.* 1902. No. 11.) Bei einem Soldaten entwickelte sich kurze Zeit, nachdem infolge einer Quetschung eine erhebliche Verdickung des linken Hodens und Nebenhodens entstanden war, unter stärkerem Durchfall und Schmerzen im Grundgelenk der rechten grofsen Zehe eine Purpura haemorrhagica die sich über den ganzen Körper ausbreitete und besonders an den Streckseiten der Extremitäten, am Hodensack und an der Vorhaut sehr stark war. Unter Bettruhe und Salicylgebrauch erfolgte in wenigen Tagen Resorption der kleinen Blutergüsse. Im Verlaufe der nächsten fünf Wochen erfolgten noch dreimal Pupuraeruptionen. Ungefähr 14 Tage nach der letzten Eruption wurde der erkrankte Hoden, dessen Anschwellung jeder Therapie getrotzt hatte, operativ entfernt; von da an traten keine Hautblutungen mehr auf. Im exstirpierten Hoden wie im Nebenhoden fanden sich mehrere verkäste, tuberkulöse Herde. — Die Hautblutungen waren in diesem Falle sicher eine Folge der Genitaltuberkulose. Mit Wiechel, Römisch und Cohn ist der Verfasser der Ansicht, dafs in Fällen von Purpura bei Tuberkulose die hämorrhagische Diathese, d. h. die zu Hautblutungen führende Alteration der Gefäfswände abhängig ist von der Resorption von Toxinen aus plötzlich zerfallenen tuberkulösen Herden. Jedenfalls mufs das plötzliche Auftreten von Purpura haemorrhagica im Verlaufe einer chronischen Entzündung Verdacht auf Tuberkulose des erkrankten Organs erregen.
Götz-München.

Purpura métamérique minutissima von H. Roger-Paris. (*Presse méd.* 1902. No. 38.) In das Infektionsspital von Paris wurde eine 34jährige Frau mit der Diagnose Scharlach eingeliefert. Von dieser Erkrankung konnte aber unter keinen Umständen die Rede sein, denn alle objektiven Befunde sprachen dagegen. Wohl aber herrschte ein Zweifel, ob man es bei dem Ausschlage, den die Kranke aufwies, mit einer

generalisierten Purpura oder mit einem Prodromalausschlag der Variola, einem Rash purpurique zu thun habe. Die Purpuraeruptionen bestanden zuerst längs der Leisten, vereinigten sich an den Genitalien, um rückwärtslaufend die ganze Gesäfsgegend einzunehmen. Ferner trug die Patientin ein Halsband von Effloreseenzen sowie Bänder davon an Ellenbogen, Knie und Knöcheln. Beide Thoraxhälften wiesen beiderseits einen von den Achselhöhlen ausgehenden nach dem Hüftkamm verlaufenden Streifen von Purpuraflecken auf. Das Allgemeinbefinden war dabei leidlich gut, auch bestand nur geringes Fieber. Binnen 48 Stunden generalisierte sich der Ausschlag; nur das Gesicht oberhalb des Kinns blieb verschont. Genau entsprechend der Taille lief ein mehrfingerbreiter, besonders deutlicher Eruptionsgürtel (métamérique). Gegen einen Prodromalausschlag der Blattern sprachen das bei einem so ausgedehnten Exanthem so günstige Allgemeinbefinden, das Auftreten in zwei Schüben, die Generalisation in solchem Mafse und das Befallensein des Gesichtes (Kinn). Merkwürdigerweise blieben aber zwei Impfungen der Kranken ohne Erfolg, doch thun das ja Wiederimpfungen häufig. Ausschlaggebend war die Blutuntersuchung: die bei Variola sich findende ausgesprochene Mononucleose beziehentlich Myelocytose (Mononucleolen mit Körnchenbildung) fehlte. *Hopf-Dresden.*

Traumatische Entzündungen.

Über die durch einige Primelarten hervorgerufene Hautentzündung, von A. Lanz. (*Russki Wratsch.* 1902. S. 618.) Verfasser berichtet über vier Fälle von Hautentzündungen, die durch die Primula obconica hervorgerufen worden waren. Besonderes Interesse beansprucht der eine Fall, welcher eine 45jährige Lehrerin betraf und sich anfangs nur als geringfügiges Ekzem an der hinteren Fläche der linken Ohrmuschel kund gab. Zwei Wochen später trat aber ein heftiger Ausbruch von Röte und Schwellung der Haut mit Blasenbildung auf den Händen auf, der die wahre Ursache eruieren liefs. Die Erklärung für die merkwürdige Erkrankungsstelle hinter dem Ohr sieht Verfasser in einer Übertragung des schädlichen Agens durch den kratzenden Finger. Im allgemeinen wurden nach Lanz die durch die Primel verursachten Hautveränderungen charakterisiert durch eine plötzlich auftretende Entzündung (Röte, Schwellung und Blasenbildung) der Haut, auf den Händen und im Gesicht. Meist geht die Erkrankung nach Ausschalten der schädlichen Ursache schnell vorüber, in einigen Fällen aber, bei Personen, die dazu neigen, geht sie über in ein hartnäckiges Ekzem. Nicht jeder aber erkrankt durch die Primula obconica, denn gleich verschiedenen anderen Autoren (Arktander, Heuss, Blaschko u. a.) gelang es auch Lanz nicht, selbst bei Reiben der Haut mittelst dieser Pflanze, bei sich eine Hautentzündung hervorzurufen. Hinsichtlich der Therapie rühmt L. heifse Bäder aus Borsäure etc. und indifferente Salben von Wismut und Zink, um die erkrankten Partien vor äufseren Schädlichkeiten zu schützen. *Arth. Jordan-Moskau.*

Primula obconica als Krankheitsursache, von Dreyer-Cöln. (*Münch. med. Wochenschr.* 1902. No. 14.) Der Verfasser entwirft an der Hand der bisher über den Gegenstand erschienenen Litteratur ein knapp gehaltenes, anschauliches Bild der Primeldermatitis und berichtet zugleich über einen chronisch verlaufenen Fall, der unter der Form der Urticaria auftrat. Auf Vorderarmen, Händen und im Gesicht erschienen rote Quaddeln, auf den Händen aufserdem derbe Knötchen, wie sie der chronischen Urticaria eigen sind. Daneben trat gelegentlich ein Odem eines Augen-

lides auf, so dafs das Auge nur schlecht geöffnet werden konnte. Der Verlauf erstreckte sich über einen Zeitraum von sechs Wochen. Die Diagnose wurde von der Patientin selbst gestellt. *Göts-München.*

Die radiographischen Verbrennungen, von MAXIME MÉNARD. (*Presse méd.* 1902. No. 28.) Um Schädigungen der Haut durch radiographische Bestrahlungen zu vermeiden, schlägt Verfasser vor, neben einer anzubringenden Erdleitung und einer möglichst weiten Distanz, zwischen Röntgenröhre und Haut — so weit, dafs gerade noch scharfe Bilder entstehen — eine dünne Aluminiumplatte zwischenzuschalten. *Hopf-Dresden.*

Die Filzhutfabrikation; die verschiedenen Phasen und Hygiene derselben, von C. PORTER. (*Brit. med. Journ.* 15. Febr. 1902.) Die Filzhutfabrikation, welche für die Gesundheit im allgemeinen recht viele Gefahren beherbergt, führt bei einzelnen Teilen der Prozedur auch zu verschiedenen Affektionen der Hände. Namentlich kommen Fissuren und Abschürfungen durch das Manipulieren mit heifsem und angesäuertem Wasser und mit dem zur Verwendung kommenden Quecksilbernitrat häufig vor. GRÉGOIRE erwähnt bei den Hutformern ein gewisses poliertes Aussehen der ganzen Palmarfläche, ein Fehlen der Haare auf der Dorsalseite, elfenbeinfarbene, abgerissene Nägel, kurze, dicke Endphalangen und Callusbildungen auf den Daumen- und Kleinfingerballen. P. hat diese Beobachtungen zum Teil bestätigen können. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die elektrische Behandlung der Fissura dolorosa ani, von A. ZIMMERN und A. LAQUERRIÈRE. (*Presse méd.* 1901. No. 50.) An der Hand von sieben einschlägigen Fällen empfiehlt der Verfasser für die Behandlung schmerzhafter Afterfissuren die Anwendung hochfrequentierter elektrischer Ströme nach ARSONVAL. Die in den Mastdarm einzuführende Elektrode mufs mit einer Glashülle versehen werden, da sonst durch Funkensprühen unerträgliches Stechen und Brennen verursacht wird. So entsteht nur das Gefühl starker örtlicher Wärme. Erlaubt der Sphinkterenkrampf die Introduktion der Elektrode in das Rektum nicht, so genügt es auch, dieselbe einige Minuten gegen den Anus fest anzudrücken. Die Sitzungen sollen drei bis sechs Minuten währen. Bei vielen Kranken sind die Beschwerden nach einer oder zwei Sitzungen völlig behoben. Die physiologische Wirkung beruht wahrscheinlich auf einer Anästhesierung der bloßliegenden sensiblen und auf einer Herabsetzung der Erregbarkeit der lokalen motorischen Nerven. *Hopf-Dresden.*

Zur Frage der Arsenikdermatose, von RILLE. Die Nebenwirkungen des Arsen bei internen Gebrauch bestehen bekanntlich am häufigsten in Melanose, Herpes zoster, Hyperkeratose. Vom Herpes zoster läfst es der Verfasser dahingestellt, ob es sich vielleicht um ein zufälliges Zusammentreffen handelt. Auch an der Schwielenbildung nach Arsen hat Verfasser lange gezweifelt, bis ein Fall ihn bekehrt hat. Es handelte sich um ein junges Mädchen, welches wegen Lymphombildung und Pruritus mehrere Monate Arsen genommen hatte und eine intensive Schwielenbildung in beiden Hohlhänden bekam. Jedenfalls aber kommt diese Nebenwirkung bei der Arsenbehandlung des Lichen ruber und der Psoriasis vulgaris nur äufserst selten vor. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Eine neue Krankheit — die Chlordermatitis nach Elektrolyse, von PAUL FUMOUSE. (*Presse méd. belge.* 1901. No. 52.) Der Verfasser beobachtete eine Reihe von Patienten, Arbeitern aus einer Fabrik, welche Calcium-Natron- und Kaliumhypochlorid durch Elektrolyse der betreffenden Chlorverbindungen hervorbringt. (Verfahren „Elektron".) Die Symptome der bei all diesen Arbeitern beobachteten

Hauterkrankung waren: Akne, die sich generalisieren kann, Comedonen, Papeln, Pusteln, Talgcysten, Pigmentflecke, zu welchen Erscheinungen komplikatorische Conjunctivitis, Bronchitis, Laryngitis, Gastritis und Tuberkulose hinzuzutreten vermögen. Die Kranken magern rapid ab, Appetit und Kräfte schwinden. Als Ursache des Leidens darf man wohl das Natronhypochlorid in statu nascendi ansehen. Die komplementären Symptome beruhen auf Chlorwirkung. *Hopf-Dresden.*

Chemische Abscesse infolge gleichzeitiger Jod- und Quecksilberdarreichung, von R. Duhot. (*Ann. policl. centr.* 1902.) Einleitend bricht der Verfasser für die Behandlung der Syphilis mit unlöslichen Salzen eine Lanze. Alle die Möglichkeiten, welche Gaucher-Paris der Fingerschen Methode andichtet, wie Gefahr der Einkapselung des Medikaments und späterer zufallsweiser Eintritt der ganzen Dose in den Blutstrom, Gefahr der Embolie, Unwirksamkeit in manchen Fällen, Ungenauigkeit der Resorption der inkorporierten Dosen — sind nach Duhot glücklicherweise bisher nicht entfernt in dem gefürchteten Maſse aufgetreten. In zehn Jahren seiner eigenen Erfahrung ist nur ein übler Zufall beobachtet worden. Er hat in dieser Zeit nur Merkursalicylat, in flüssiger Vaseline suspendiert, injiziert. Eine Gehirnembolie, deren Erscheinungen nach zehn Stunden verschwunden waren, ist der einzige unliebsame Zwischenfall gewesen, der vorgekommen ist. Gaucher, so fährt Verfasser fort, plädiere für Injektionen von benzoesaurem Quecksilber. Anschliefsend berichtet Duhot einen Fall dieser Behandlungsart, welcher mit Abscefsbildung einherging. Letztere beruhte im vorliegenden Falle auf einer Bildung ätzender Verbindungen durch die gleichzeitige Darreichung von Jodkalium und Einspritzung löslicher Quecksilbersalze unter die Haut. *Hopf-Dresden.*

Zur Kasuistik der peripheren Gangrän bei Phosphorvergiftung, von Franz Vollbracht. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1901. No. 52.) Ein an subakuter Phosphorvergiftung erkranktes Mädchen zeigte an beiden Füſsen die Erscheinungen beginnender Gangrän. Ähnliche Fälle aus der Litteratur werden citiert, die entsprechenden pathologischen Faktoren erörtert. Daraus geht hervor, daſs die Gangrän die Folge einer allgemeinen, durch den Phosphor bedingten Cirkulationsstörung ist, die naturgemäſs an den periphersten Teilen zunächst zur Geltung kommt. Angeborene Enge des arteriellen Systems, Druck auf umschriebenen Stellen scheinen begünstigend zu wirken.
Jessner-Königsberg i. Pr.

Neurotische Entzündungen.

Moderne Ansichten über Ursprung und Wesen von Herpes zoster, von A. van Harlingen-Philadelphia. (*Amer. Journ. Med. Scienc.* Jan. 1902.) Seit den ersten bedeutenderen Arbeiten über Zoster von Parrot (1857), der die Affektion auf eine Neuralgie zurückführte, von Charcot und von Bärensprung (1861) hat man an dem Zusammenhang der Affektion mit den Nervenstämmen im allgemeinen nicht mehr gezweifelt; doch sind gewisse Modifikationen behauptet worden. Samuel stellte die (niemals erwiesene) Theorie von den trophischen Nerven auf. Von verschiedenen Autoren sind kleine Epidemien des Leidens beschrieben, und man hat auch toxische Einwirkungen (Syphilis, Carcinom, Arsenik, Kohlenoxydgas) zur Erklärung herangezogen. Auch sind in den zugehörigen Drüsen, welche nach einigen Beobachtern immer geschwollen sein sollen, Kokken gefunden worden. Brissaud erklärte die Affektion durch eine Erkrankung der Metameren, der Rückenmarkssegmente, und

Abadin durch Vermittelung der betreffenden Arterien auf dem Wege des Sympathicus. Jedenfalls sind die hinteren sensorischen Ganglien des Rückenmarks und das Ganglion Gasseri im wesentlichen beteiligt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Herpes zoster und dessen Beziehung zu inneren Entzündungsvorgängen und Erkrankungen, namentlich solchen der serösen Membranen, von R. G. Curtin-Philadelphia. (*Amer. Journ. Med. Scienc.* Febr. 1902.) Verfasser schildert eine Reihe (10) Fälle teils aus seiner eigenen Praxis, teils von anderen Beobachtern, aus denen er einen ätiologischen Zusammenhang des Herpes zoster mit inneren Leiden zu beweisen sucht. Namentlich erwähnt er einige Fälle von Pleuritis mit und ohne Erguſs, ferner Peritonitis, Perityphlitis, Gonitis und Hämaturie, bei denen allen an der dem inneren Leiden entsprechenden Stelle der Haut Herpes sich entwickelte. Den genaueren Zusammenhang und den Grad der gegenseitigen Beeinflussung der kutanen und der internen Affektion läſst C. noch unentschieden, aber die bisherige Erklärung durch Nerveneinfluſs hält er für jedenfalls nicht ausreichend. (Siehe auch den vorhergehenden Artikel.) *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von Herpes zoster ophthalmicus, von W. S. Durand-Everett. (*Philad. Med. Journ.* 29. März 1902.) Es wurde in diesem Falle mit Erfolg eine Lösung von Adrenalinchlorid angewendet. *Max Levor-Hamburg.*

Zur Frage des Malum perforans pedis, mit besonderer Berücksichtigung seiner Ätiologie, von Egon Tomaszewski-Breslau. (*Münch. med. Wochenschr.* 1902, No. 19 u. 20.) Der Verfasser teilt die Krankengeschichten von 10 in der Breslauer dermatologischen Klinik beobachteten Fällen von Malum perforans pedis mit; 4 dieser Fälle betrafen Tabiker, in je 1 Falle war Diabetes, Lepra, Polyneuritis alcoholica Dementia senilis, eine traumatische Läsion des Conus medullaris und eine spinale Affektion zu konstatieren. Auf Grund eingehender Studien bezüglich der Entstehung der perforierenden Fuſsgeschwüre kommt T. zu folgenden Schlüssen: Die Ätiologie des Malum perforans ist höchst wahrscheinlich keine einheitliche. In allen Fällen spielt wohl der Druck eine Rolle, insofern er die Lokalisation des Geschwürs bedingt. Ist zudem primär eine völlige Anästhesie vorhanden, so wird vielleicht der Druck neben anderen, durch die Anästhesie begünstigten Traumen allein zur Geschwürsbildung führen können. Die Entstehung der übrigen Fälle, die mit nur geringen, zum Teil wohl sekundär durch Schwielenbildung und Gewebsnekrose bedingten Sensibilitätsstörungen einhergehen, sowie der eigenartige klinische Verlauf sämtlicher perforierender Fuſsgeschwüre ist verursacht durch Gewebestörungen, die entweder die Folge lokaler Arteriosklerose oder eines Diabetes sind, oder aber durch Gewebsstörungen trophischer Natur, die ihrerseits von einem cerebralen, spinalen oder peripheren Nervenleiden abhängen. *Götz-München.*

Akute Exantheme.

Über einige seltenere Symptome des Scharlachfiebers, von Floyd M. Crandall-New York. (*Int. Med. Mag.* Jan. 1902.) Von Gelenkerkrankungen bei Scharlach ist die Scharlachsynovitis die häufigste; sie tritt während der Entfieberung auf, braucht selbst nicht mit Fieber verbunden zu sein. In leichten Fällen besteht nur etwas Schmerzhaftigkeit, in anderen ist das Gelenk rot und geschwollen. Mit Vorliebe sind die Finger- und Handgelenke befallen. — Seltener ist die septische Arthritis; sie befällt die groſsen Gelenke, meist mehrere zugleich, ist eine schwere

Komplikation, bei der es zu Eiterungen und ernsten Gelenkveränderungen kommt. — Wirkliche rheumatische Synovitis und Arthritis ist sehr selten; sie tritt subakut in der fünften bis achten Woche der Erkrankung auf, die Haut ist feucht, es besteht mäfsiges Fieber, ohne dafs Gelenkschwellung vorhanden zu sein braucht; der Anfall läuft gewöhnlich in wenigen Tagen ab, die Herztöne sind häufig unrein. — Verfasser kommt weiter darauf zu sprechen, dafs die Bezeichnung „Erdbeerzunge" vielfach falsch angewandt wird. Die weifsbelegte Zunge mit prominenten roten Papillen im Anfangsstadium des Scharlach darf nicht als Erdbeerzunge genannt werden, ist auch gar nicht für Scharlach charakteristisch. Nur die von Belag freie, rote Zunge mit prominenten roten Papillen im weiteren Verlauf der Erkrankung ist Erdbeerzunge zu nennen und pathognomonisch. — Bezüglich der Nierenerkrankungen bemerkt Verfasser, dafs Kinder, die eine Scharlachnephritis durchgemacht haben, auch bei völliger Heilung in ihrem späteren Leben zu Nierenerkrankungen mehr disponieren als andere. *A. Loewald-Graudenz.*

In der biologischen Abteilung des ärztlichen Vereins Hamburg (Sitzung vom 25. März 1902. Nach *Münch. med. Wochenschr.* 1902. No. 21) sprach E. Fraenkel über die **im Verlaufe des Scharlachs auftretenden Erkrankungen der oberen Verdauungswege.** Er demonstrierte eine Reihe von anatomischen Präparaten, aus denen folgendes hervorgeht: Nekrotische Prozesse an den Rachengebilden kommen im Verlauf des Scharlachs häufig vor. Dieselben können sich sowohl nach oben, auf das Rachendach und in das Cavum narium, wie nach unten auf die tieferen Abschnitte der Verdauungswege, Ösophagus und Magen, fortsetzen, und zwar kontinuierlich oder diskontinuierlich. Die Luftwege bleiben in den meisten Fällen frei. Die Bezeichnung „Diphtherie" für diese Prozesse ist unzweckmäfsig, da dieselben weder anatomisch noch ätiologisch mit der wahren Diphtherie übereinstimmen, besser ist der von Henoch gewählte Ausdruck „Scharlachnekrose". In einer Anzahl der Fälle kommt auch echte Diphtherie neben Scharlach vor. In den erkrankten Partien, und zwar besonders in den tieferen Schichten, findet man nur Streptokokken, die in die Lymphbahnen eindringend zur Lymphadenitis und Periadenitis führen, bei der es selten zur Vereiterung, meist nur zur Erweichung kommt. In den Drüsen können die Kokken noch lange bleiben und Fieber unterhalten. Später werden sie dann hier entweder vernichtet oder sie gelangen durch den Blutstrom in andere Organe, so dafs man sie in Lunge, Niere, Gelenken finden kann. Ebenso können sie vom Nasenrachenraum ins Mittelohr gelangen. Die Überschwemmung des Organismus mit Kokken ist oft eine ganz immense.

In der Diskussion schildert Kawka die anatomischen und histologischen Verschiedenheiten zwischen Scharlachdiphtherie und echter Diphtherie. Gegenüber der von Fraenkel vertretenen Auffassung der Scharlachnekrose als mykotische Nekrose weist K. darauf hin, dafs nach Heubner das Auftreten der Nekrose abhängig ist von der Wirkung des Scharlachgiftes, das sich allmählich zu voller Stärke entwickelt. Die Streptokokken sollen nach Heubner erst üppig zu wuchern anfangen, wenn infolge der Wirkung des Scharlachkontagiums bereits Nekrose eingetreten ist. — Lauenstein frägt, ob zwischen der Scharlachnekrose und der Nephritis desquamativa nicht eine Analogie besteht. — Simmonds frägt, ob auch bei den ganz frühen Fällen regelmäfsige Untersuchungen gemacht worden sind; es sei wichtig, zu untersuchen, ob nicht doch schon frühzeitig Streptokokken vorhanden sind. — Delbanco erinnert daran, dafs vor Jahren über das Verschwinden multipler Lymphome nach überstandener Scarlatina berichtet worden ist; der Rückgang grofser skrophulöser Lymphdrüsentumoren nach Masern oder Scharlach ist nichts Seltenes. Fraenkel hat berichtet, dafs die Läsionen

an der Eintrittsstelle der Streptokokken in die Schleimhaut abheilen können, während die Streptokokken in den Lymphdrüsen weiterleben. Vielleicht bringen die Streptokokken die genannten Tumoren zum Verschwinden, indem sie die diesen zu Grunde liegenden Gifte bezwingen. — Edlefsen fürchtet, dafs schliefslich die Existenz eines spezifischen Scharlachvirus ganz geleugnet wird und die Streptokokken für alles verantwortlich gemacht werden. Scharlachdiphtherie ist auch klinisch leicht von echter Diphtherie zu unterscheiden; die Scharlachdiphtherie greift fast nie auf den Kehlkopf über. Auf Streptokokkenwirkung wird manches bezogen, was auch wohl eine andere Ätiologie haben kann, z. B. nicht eitrige Gelenkaffektionen, Endocarditis, Pericarditis. — Stamm hat bei genauer Untersuchung von Scharlachfällen schon im Beginn Streptokokken nachweisen können. Sind diese auch nicht die Erreger des Scharlachs, so können sie doch ein Exanthem erzeugen, analog dem chirurgischen Scharlach. — Simmonds sieht die Streptokokken nicht für das wichtigste an, doch können dieselben auch für sich allein schon schwere Erscheinungen machen. — Korach betont, dafs in schweren Epidemien die demonstrierten Veränderungen in den Verdauungsorganen gar nicht selten vorkommen. Frühzeitige energische Incisionen und Karbolinjektionen sind in den meisten Fällen nicht im stande, dem Gewebszerfall Einhalt zu thun. Klinisch sind Scharlachnekrose und genuine Diphtherie weder in ihren Symptomen, noch in ihren Komplikationen von einander zu unterscheiden, nur die Lähmungen, wie sie nach der Diphtherie auftreten, kommen nach Scharlachnekrose nicht vor. Die Ansicht, dafs die Scharlachnekrose im Gegensatz zur Diphtherie den Larynx stets frei läfst, ist falsch. Die seröse Synovitis kommt vorzugsweise im Beginne und auf der Höhe, seltener im Desquamationsstadium leichter und mittelschwerer Scharlachfälle, besonders häufig aber bei sehr stark entwickeltem Exanthem vor, die multiplen Gelenkeiterungen dagegen finden sich als Ausdruck einer Mischinfektion fast immer bei schwersten Fällen. Das Auftreten von Endocarditis im Gefolge von Synovitis serosa scarlatinosa hat K. fast niemals beobachtet, wohl aber eine ganze Reihe von Scharlachendokarditiden bei Gelenkeiterungen. — Fraenkel erwidert u. a., dafs auch er das Übergreifen der Scharlachnekrose auf den Kehlkopf mehrfach gesehen habe; man finde die kleienartigen Auflagerungen sogar bis in die Regio subglottica. Fr. betont ausdrücklich, dafs man den Erreger des Scharlachs noch nicht kennt, und dafs den Streptokokken nur eine sekundäre, aber bedeutsame Rolle zukommt; die meisten im Anschlufs an Scharlach auftretenden Veränderungen werden durch Streptokokken verursacht. Eine Analogie zwischen der Scharlachnekrose und der Nephritis desquamativa besteht nicht. *Götz-München.*

Die Albuminuria orthostatica im Verlauf der Scharlachnephritis, von Ch. Aubertin. (*Presse méd.* 1901. No. 81.) In der Gruppe der funktionellen Albuminurien unterscheidet man zwei Typen, die eine: cyklische Albuminurie, die zur bestimmten Stunde auftritt und unabhängig von Anstrengung und Nahrungsaufnahme ist; die andere: orthostatische, welche nicht cyklisch, nicht abhängig von der Ernährung mit dem Aufstehen des Kranken und der Anstrengung eng zusammenhängt. Die eine Theorie erklärt diese Albuminurie für eine rein funktionelle (Jugend der Erkrankten, hereditärer und familiärer Charakter der Erscheinung, Fehlen klinischer Symptome einer renalen Insuffizienz, Benignität u. a.). Die andere Theorie sieht sie als das Rückbleibsel einer infektiösen Nephritis an. Neuerdings führten Sirédey und Méry zwei Fälle dafür ins Feld, einer intermittierenden Albuminurie erstens nach einer Scharlachnephritis, zweitens nach Urticarianephritis. In letzterem Falle bot die Albuminurie ganz das Bild der Albuminuria orthostatica. Auch Roger konnte mehrere solche Fälle nach Scharlach-Nierenentzündung beobachten. Er giebt in vorliegender

Abhandlung die Krankengeschichten seiner drei Fälle. Bei allen drei Kranken (21-jähriger Student, 17jähriger Gärtner, 18jähriger junger Mann) handelte es sich um die reine Albuminurie de posture der englischen Autoren — Auftreten beim Aufstehen, unabhängig von Anstrengungen der Muskeln bei Bettlage, keine oder unmerkliche Beeinflussung durch die Ernährung. *Hopf-Dresden.*

Zur intermittierenden Albuminurie bei Scharlachnephritis, von P. Londe. (*Presse méd.* 1901. No. 96.) Der Bericht enthält einige Fälle von intermittierender Albuminurie nach Scharlachnephritis; das eine Mal zeigte sich dieselbe stets nach Fleischgenuſs, das andere Mal nach jedesmaligem Aufstehen. In diesen wie anderen gleichartigen Fällen darf man wohl mit Recht eine nervöse Störung des N. sympathicus, die zwar nicht in der Niere zu beginnen braucht, aber daselbst stets die letzten Erscheinungen zeitigt. Der Name Albuminuria orthostatica ist eine falsche Bezeichnung für derartige Krankheitsbilder, eher sollte man sagen sympathica.

Hopf-Dresden.

Die Behandlung des Scharlachs mit Rekonvalescentenserum, von E. von Leyden. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* Bd. 73.) Verfasser entnahm Scharlachkranken, die in der Rekonvalescenz begriffen waren, Blut, aus dem ein Serum hergestellt wurde, das zu Injektionszwecken bei Scharlachkranken diente; er hat im ganzen 16 Fälle damit behandelt und davon in dreien eklatant gute Wirkungen erzielt, während der Erfolg in 9 Fällen geringer war; nie wurden nachteilige Wirkungen gesehen, so daſs die Versuche zu Nachprüfungen ermutigen, wobei man vielleicht mit den Dosen dreister sein könnte, als es Verfasser bisher war. *F. Hahn-Bremen.*

Soll man die Schulen zur Zeit von Masernepidemien schlieſsen? Bericht des Medizinalausschusses der Provinz Brüssel, von Cuylits. (*Presse méd. belge.* 1901. No. 19.) Bei der schweren Isolierungsmöglichkeit, der starken Infektiosität der Masern und dem meist gutartigen Verlauf dieser Krankheit, welche fast jedes Kind einmal im Leben befällt, giebt man neuerdings in der Häuslichkeit alle Isolierbestrebungen der noch gesunden Kinder mit Vorliebe auf. Wichtiger ist die Beurteilung des Vorgehens beim Auftreten eines Masernfalles in der Schule. Das Morbillengift st sehr hinfällig, wenig beständig, doch erreichen die Epidemien durch seine enorme Übertragbarkeit schnell einen groſsen Umfang. Daher pflegt auch schon dann, wenn man an Desinfizierung des Kranken und seiner Gebrauchsgegenstände, sowie an die Isolierung der Umgebung denkt, die Infektion anderer Personen erfolgt zu sein. Eine Schulklasse, in der ein Fall von Morbillen vorkommt, ist also stets sehr der Infektion verdächtig. Aus diesem Grunde, weil sie zu spät kommt, ist deshalb eine Isolierung der übrigen Kinder und das Schlieſsen der Klasse oder Schule unwirksam, sowie überflüssig. *Hopf-Dresden.*

Rubeola und die „vierte Krankheit", von J. P. Crozer Griffith-Philadelphia. (*Philad. Med. Journ.* 12. April 1902.) Verfasser spricht sich gegen die Aufstellung eines vierten akuten Exanthems in der Gruppe Masern, Scharlach, Röteln aus. Dukes' Fälle seien nicht beweisend. Vor allem fehle noch der Nachweis, daſs keine der drei Krankheiten vor der supponierten vierten schütze. In den bisher veröffentlichten Fällen habe es sich meist um die verschiedenen Formen der Rubeola gehandelt, wie sie längst bekannt seien. *Max Levor-Hamburg.*

Die Dukessche „vierte Krankheit" nebst Bericht über eine atypische Scharlachepidemie, von J. Hall Pleasants-Baltimore. (*Philad. Med. Journ.* 24. Mai 1902.) Bei der (schon wegen der behaupteten kurzen Dauer der Infektiosität der

vierten Krankheit) grofsen Bedeutung dieser Frage in praktischer Hinsicht ist es von Wichtigkeit, möglichst viele Beobachtungen dieser Art zu sammeln. Verfasser schildert eine Reihe von 11 im Waisenhause zu Baltimore entstandenen Erkrankungen, welche zum Teil entschieden als Scharlach zu diagnostizieren waren, zum Teil mit der Duke'schen Darstellung übereinstimmten. Er bekennt sich entschieden als Gegner der Duke'schen Auffassung und verlangt weitere und beweiskräftigere Beobachtungen in dieser Richtung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Die Anomalien und Komplikationen der Varicellen, von L. Cerf-Angers. (*Gaz. des hopit.* 29. Juni 1901.) Trotzdem die Varicellen im allgemeinen mit Recht als eine gefahrlose Erkrankung angesehen werden, hat C. in der Litteratur und durch seine eigene Praxis eine Reihe von Komplikationen ernsterer Art und sogar Todesfälle kennen gelernt. Er bespricht verschiedene Prodromalerscheinungen (Fieber, Krämpfe), das nicht ganz seltene Erythem bei Varicellen, das sowohl nach als auch vor dem Bläschenausschlag auftreten kann und meist scharlachähnlich ist, ferner die Schleimhautaffektionen, sowie die hämorrhagischen, gangränösen und vereiternden Varicellen, die gelegentlich auftretenden Thrombosen der grofsen Arterien- und Venenstämme und Komplikationen mit Erysipel, Furunkulose, Phlegmone und Otitis media. Auch Arthritiden und Nephritis kommen bekanntlich gelegentlich vor, und man wird sich Picot nicht anschliefsen bei dessen Ausspruch, dafs Varicellen niemals lebensgefährlich werden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Varicellen bei Erwachsenen, von Doty. (*Med. Record.* 4. Mai 1901.) Verfasser weist auf die Häufigkeit des Auftretens von Varicellen bei Erwachsenen hin. Betreffs der Differentialdiagnose gegen Variola betont er 1. des Charakters der Eruption: die Knötchen und Pusteln sind bei Varicellen oberflächlich, während sie bei Variola hart sind, tief in der Haut liegen; 2. die Art ihres Erscheinens bei Variola in einem Schub mit gleichzeitigem Ablauf, bei Varicellen in successiven Schüben; 3. die Lokalisation der Eruption: bei Variola sind auch in milden Fällen Hände und Füfse fast stets befallen, während sie bei Varicellen meist frei sind. Zum Schlufs verwirft Verfasser den Gebrauch des Wortes „Variolois" zur Bezeichnung einer milden Pockenerkrankung. *F. Hahn-Bremen.*

Die Pocken in Paris, von H. Roger-Paris. (*Presse méd.* 1901. No. 79.) Warum erlischt die Pockenepidemie in Paris nicht? Weil sich die Bewohner vor Impfung und Wiederimpfung scheuen, weil die Pockenkranken sich der Isolierung entziehen, kaum geheilt wieder intim mit Gesunden verkehren. Zu verwundern ist es dabei, dafs die Erkrankungen nicht noch mehr um sich gegriffen haben, als es schon an und für sich der Fall ist. Gleichwohl hat die Epidemie im Jahre 1901 an Ausdehnung stark zugenommen. Roger giebt die statistischen Erhebungen des ersten Vierteljahres. In die Isolierstation traten während des ersten Halbjahres 1900 nur 107 Personen ein. Im Januar hatte die Epidemie begonnen. Im Juli bedeutende Steigerung. Das zweite Halbjahr brachte 821 Kranke auf die Pockenstation, das erste Halbjahr des Jahres 1901 811 Kranke. Es mufste aufser dem Hôpital de la porte d'Aubervilliers das Hôpital des Institut Pasteur mit der Aufnahme von Pockenkranken eingerichtet werden. Zur Zeit der Edition des Hefts — Oktober 1901 — wütet die Epidemie weiter, wenn auch eine geringe Abnahme zu bestehen scheint. Bemerkenswert ist das auffallend starke Vorkommen von Pockenfällen in der Umgebung, in den Arrondissements der Pockenspitäler. — Häufiges Abgehen kaum geheilter Kranker, die nichts eiligeres zu thun haben, als zum nächsten Kaufmann oder Weinwirt zu gehen, wo der Grund zu neuen Infektionen der Umgebung gelegt wird. *Hopf-Dresden.*

Neue experimentelle Untersuchungen über Variola, von H. Roger und Emile Weill-Paris. (*Presse méd.* 1901. No. 55.) In früheren Arbeiten hatten die Verfasser berichtet, wie alle Kaninchen, welche sie mit Variolaeiter geimpft hatten, der Infektion erlegen waren. Andere Beobachter sahen die meisten der Tiere die Impfung überstehen, und nach der Verfasser neuesten Impfungen blieben von 16 Tieren 5 am Leben, während 5 zwischen fünftem und zehntem, 2 zwischen elftem und zwanzigstem, 4 zwischen einundzwanzigstem und vierzigstem Tage zu Grunde gingen. Zum geringen Teil hängen diese Differenzen von der Virulenz des Eiters ab, zum hauptsächlichen Teil von der Widerstandskraft der Tiere. In letzterer Hinsicht spielt die ihnen gereichte Nahrung eine entscheidende Rolle. Nährt man sie im Überfluſs, so widerstehen die Kaninchen gänzlich oder wenigstens längere Zeit der Erkrankung, im Falle der gerade zur Existenz unumgänglichen Nahrungsdarreichung erliegen sie schnell der Infektion. In früheren Arbeiten waren die Verfasser zu folgenden weiteren Resultaten gekommen: Das Blut der mit Variola geimpften Tiere ist virulent. Man kann mit ihm wiederum impfen und Kulturen anlegen. Letztere erhält man durch Auffangen von arteriellem Blut, welches man, nachdem es 48 Stunden im Brutofen gestanden hat, auf defibriniertes oder ungerinnbar gemachtes Kaninchenblut ausgieſst. Diesen Ergebnissen lassen die Verfasser eine Berichtigung folgen, die besagt, daſs das Blut nur dann virulent ist, wenn man in ihm nach der Brutofenperiode mikroskopisch die kleinen Elemente sieht, welche die Verfasser als für Variola charakteristisch früher beschrieben haben. *Hopf-Dresden.*

Die Prodromal- oder Begleitausschläge der Pocken, von H. Roger und Emile Weill. (*Presse méd.* 1901. No. 61.) Die beiden Verfasser geben einen reichhaltigen Bericht über die von ihnen im Laufe des Jahres besonders häufig beobachteten, die Variolaeruption begleitenden oder ihr vorhergehenden Ausschläge, welche die Franzosen als Rashs varioliques bezeichnen. Das Material der beiden Autoren beträgt 928 Pockenkranke. 171 davon haben diese Art der Ausschläge aufgewiesen, also 18,42%. Auf das männliche Geschlecht entfallen davon 62, auf 435 = 14,48%, auf das weibliche Geschlecht von 403 109 = 22,1%. Die Begleitausschläge kommen bei benignen wie malignen Variolaformen vor, doch steigt ihre Häufigkeit im allgemeinen mit der zunehmenden Schwere der Pockenfälle. Bei den hämorrhagischen Blatterkranken zeigten dieselben über 47%, bei Varioloiden nur 13%. Die „Rashs" treten in 6 Formen auf, als erythematöse, urtikarielle, morbilliforme, scarlatiniforme, purpuraartige und astakoide Ausschläge. Letztere kommen nur bei hämorrhagischer Variola vor und sind stets ein sicherer Hinweis auf eine letale Prognose. Entgegen allen übrigen 5 Arten befällt diese Form des Ausschlags auch das Gesicht wie das übrige Integument des Körpers, welcher das Aussehen eines gekochten Hummers annimmt (*ἀστακός*). Fast keine Stelle der Hautoberfläche bleibt dabei frei, doch handelt es sich keineswegs um konfluierende Purpuraflecke, sondern eine diffuse sanguinolente Suffusion der Haut. Abgesehen von dieser Form können verschiedene Arten des Prodromalausschlags bei einem und demselben Pockenkranken bestehen. Auch die morbillösen Formen können übrigens das Gesicht befallen. Sobald die Rashs partiell sind, befallen sie mit Vorliebe bestimmte Gegenden des Körpers. So war unter den 171 Fällen die Leistengegend 68 mal als alleiniger Bezirk ergriffen und von 25 kombinierten Ausschlägen 23 mal befallen. Meist sind die Leistenausschläge symmetrisch. Nach ihnen am häufigsten finden sich die Rashs axillaires, die submammären, die popliteären und kubitalen Formen, selten sind die cervikalen, die thoraco-abdominalen Formen. Dem Krankheitsbild nach ist die morbilläre Art die am meisten zu findende, die urtikarielle die seltenste. Diese Prodromalausschläge sind zum gröſsten

Teil wirklich prodromale Erscheinungen und zeigen sich am 1. oder 2. Tag der Invasionsperiode. Dauer 24—48 Stunden bis zum Beginn der Variolaeruption, oder bis kurz nach deren Emporschiefsen. Der purpuraartige Prodromalausschlag hält am längsten an, weil er die verschiedenen Stadien der Rückbildung aller Purpuraausschläge durchmachen mufs. *Hopf-Dresden.*

Fötale Variola ohne Variola der Mutter, von Giuseppe Jacontini-Neapel. (*Rif. med.* 1902, Bd. 1. No. 61-62.) Eine Frau gebar am normalen Ende der Schwangerschaft ein ausgetragenes totes Kind, dessen Körper mit zahlreichen Pocken bedeckt war. Sie selbst hatte weder während noch nach der Schwangerschaft irgend ein Symptom, das auf Variola hingedeutet hätte; dagegen waren, als sie sich im achten Monat befand, ihre zwei Kinder an Pocken erkrankt. J. nimmt eine relative Immunität der Mutter gegen das Pockengift an; seine spezifische Wirkung konnte dieses infolgedessen auf den mütterlichen Organismus nicht ausüben. Wohl aber entwickelten sich die pathogenen Keime oder ihre Produkte im Blute der Mutter und gelangten in den fötalen Organismus, der ihnen seinerseits schutzlos preisgegeben war. Ein ähnlicher Vorgang also, wie er bei Lues, experimentellen Karbunkeln, sowie vielen hereditären Krankheiten beobachet wird. *Max Levor-Hamburg.*

Ein Fall von Pocken-Rezidiv, von F. Matoni und A. Solari-Neapel. (*Giorn. internat. delle sc. med.* 15. März 1902.) In einem Falle von Variola mit Fieber bis zu 39,2° erfolgte, nachdem die Eintrockung der Pusteln und die Abstofsung der Borken vorüber und Patient bereits drei Tage völlig fieberfrei war, eine neue, noch intensivere Pockeneruption unter schweren Allgemeinerscheinungen. Die Temperaturkurve zeigte beide Male aufser dem Initial- und dem Suppurationsfieber noch eine sogenannte Febris tertiaria, die dem Stadium der Krustenbildung entsprach und vom Verfasser auch sonst öfter beobachtet wurde. *Max Levor-Hamburg.*

Über die Diagnostik der Variola, von H. Roger-Paris. (*Presse méd.* 1902. No. 12.) Die Diagnose der Blattern ist nicht leicht, zumal ja viele Tausende von Ärzten keinen Pockenfall gesehen haben. Die Initialsymptome haben nichts besonderes Charakteristisches. Beginn plötzlich. Schüttelfrost, wie bei Pneumonie. Seltener mehrfaches Frösteln. Steigen der Temperatur rapid bis auf 40°. Dazu kommt Lendenschmerz, Schmerz im Epigastrium, Kopfschmerz, Übelkeit, Delirien, Erbrechen. Differentialdiagnostisch wird man an Nephritis, Influenza, Masern, Pneumonie denken müssen. Nach zwei bis vier Tagen erscheint der Ausschlag zuweilen von prodromalen Exanthemen (Rashs variolique) überholt. (S. den Artikel auf der vorhergehenden Seite. D. Red.) Die eigentliche Eruption beginnt mit wenig vorspringenden aber tief in die Haut eingelassenen Knötchen. Auf ihrer Oberfläche ist die Haut hellrot. Bis dahin kommt nur die Differentialdiagnose mit Masern in Betracht. Auch bei diesen tritt der Ausschlag am Gesicht zuerst in Erscheinung. Andererseits zeigen oft die Masernknötchen ein kleines Bläschen auf ihrer Höhe, was an Variola erinnert. Die katarrhalischen Symptome können bei den Morbillen der Erwachsenen zurücktreten. In letzterem Falle ist oft das Koplikscbe Phänomen für Masern affirmativ, nämlich an der Wangenschleimhaut um den Ductus Stenonianus herumgruppierte bläulichweifse adhärente Punkte. Sind dieselben nicht da, so können sie schon vorübergegangen sein, dann zeigt aber der Gaumen stets die dunklen roten, ganz dem morbillösen Hautausschlag entsprechenden Flecken. Die Blattern befallen ebenfalls die Mundschleimhaut. Das geschieht aber so zeitig, dafs mit beginnender Hauteruption schon die gesamte Wangen-Pharynx-Schleimhaut mit meist ulcerierten Pusteln besetzt ist; besonders stark pflegen Velum palatinum, Zäpfchen und Gaumenbögen

befallen zu sein. Ist die Proruption erschienen, so kommen differentialdiagnostisch die pustulösen Affektionen der Haut in Frage und Roger sah vielfach Fälle von Scabies, Syphilis, Acne, Herpes, Erythema polymorphum als Variola ins Isolierspital bringen. Wirkliche diagnostische Schwierigkeiten verursachen nur die Fälle von Varicellen und die kutanen Pyämien. Besonders wichtig ist die Unterscheidung der wahren Pocken und der sogenannten Wind- oder Wasserpocken. Gewöhnlich hält man für letztere charakteristisch folgende drei Faktoren: guten Allgemeinzustand, mäfsiges oder kein Fieber, mäfsig ausgebreitete Eruption. Doch das ist falsch. Bei Varicellen kann das Allgemeinbefinden beängstigend sein, es kann ohne Komplikation tötlicher Ausgang der Krankheit vorkommen. Das Fieber kann bis 41° steigen, während nach dem ersten hohen Steigen der Temperatur von Blatternkranken das Fieber in der späteren Zeit ein ganz mäfsiges sein kann. Andererseits giebt es Variolafälle, wo man nur eine beschränkte Anzahl von Blatternpusteln zählen kann, 20,30; ja es giebt Fälle mit nur einer einzigen Pustel. Verfasser sah hingegen Varicellen, bei denen er selbst 360 eruptive Elemente zählte. Wichtiger sind folgende die Diagnose unterstützenden Eigentümlichkeiten der Eruptionen. Die Varicellenpapel ist vor allem oberflächlich, sie bilden leicht kleine Bläschen. Ferner ist sie nicht sphärisch, sondern oval und abgeplattet. Um sie zieht oft eine kleine rote Zone. Der Inhalt der Pusteln ist wasserklar. Ein zweites Erkennungszeichen haben wir im Ausbreitungsmodus der Eruptionen. Während die Variola vom Gesicht auf Rumpf und Glieder herabsteigt, ist das Erscheinen der Elemente der Varicellen ein sehr unregelmäfsiges, in mehreren Schüben erfolgendes. Man findet entgegen den Verhältnissen bei den Pocken, auf einer Körperregion neben einander Eruptionen von verschiedenem Alter. Die einen sind noch Papeln, die anderen Pusteln oder Krusten. Auch bei den Blattern wird man auf einem Hautbezirk verschiedene Formen finden, gleichwohl sind sie alle eines Alters. Ihre Differenz im Aussehen beruht auf ihrer Gröfse. Es liegt zum Beispiel auf der Hand, dafs eine grofse Pustel langsamer eintrocknet als eine kleine. Wertvolle Aufschlüsse giebt auch in diagnostischer Hinsicht die Untersuchung des Pusteleiters. Der Eiter der Pocken ist reich an mononucleären Zellen und weist im Beginn keinerlei Mikrobien auf. Wohl aber findet man kleine rundliche oder ovale Elemente, die Roger und Weil für die spezifischen Erreger der Blattern halten. *Hopf-Dresden.*

Einige Bemerkungen über die Schwierigkeiten der Diagnose bei Pocken, von W. A. Hardaway-St. Louis. (*St. Louis Med. Rev.* 3. Mai 1902.) Vom Initialstadium der Pocken ist zuweilen eine Cerebrosprinalmeningitis und die nervöse Form der Influenza schwer zu unterscheiden, von den Variola haemorrhagica das Erythem, das gelegentlich nebst Kreuzschmerzen die Menstruation begleitet, von dem initialen Exanthem der Pocken Scarlatina. Morbilli papulosi, gewisse Formen der Varicellen, das Erythema papulatum, wenn mit Allgemeinstörungen verbunden, können dem Eruptionsexanthem der Variola ähneln, ebenso pustulöse Syphilide und Jodexantheme.
Max Levor-Hamburg.

Die Diagnose der Pocken, von William T. Corlett-Cleveland. (*St. Louis Med. Rev.* 3. Mai 1902.) Bringt nichts Erwähnenswertes. *Max Levor-Hamburg.*

Behandlung der Variola mit Bierhefe, von Piétri-Nizza. (Nach *Journ. d. pratic.* 1902. No. 9.) Ausgehend von der Thatsache, dafs die Bierhefe auf die Mikrobien der Eiterung, im besonderen auf den Staphylococcus aureus einen spezifischen Einfluſs ausübt und daher bei Furunkulose und einigen mit Eiterung einhergehenden Dermatosen, wie Impetigo, Akne, Folliculitis sycosiformis etc. günstig wirkt, hat P. zwei Blatternkranken Bierhefe verabreicht. Obwohl es sich um die konfluierende

Form handelte, verlief die Krankheit ohne Fieber und ohne Eiterung. Gegeben wurden zehn Tage lang 5—6 Kaffeelöffel voll pro die. Die geringe Zahl der so behandelten Fälle läfst natürlich keine bestimmten Schlüsse bezüglich des Wertes der Medikation zu.
Götz-München.

Impfung, von T. F. Campbell-Ohama. (*Philad. med. Journ.* 12. April 1902.) Bringt nichts Neues. *Max Levor-Hamburg.*

Die Nachbehandlung bei der Impfung, von A. Eddowes-London. (*Med. Times and Hosp. Gazette.* 7. Dez. 1901.) Als zweckmäfsigstes Schutzmittel nach dem Impfen empfiehlt E. einen Wattebausch aufzulegen und denselben mit Unnaschem Zinkleim zu befestigen. Er schildert einen Fall von heftiger Verschlimmerung einer zur Zeit der Impfung schon bestehenden pustulösen Akne, sowie einen Fall von Gangränbildung bei einem geimpften Kinde, bei dem durch Betupfung mit rauchender Salpetersäure in der Narkose Heilung erzielt wurde. Er erklärt diese Erscheinung als ein Einsaugen der Toxine durch die Lymphspalten der Epidermis (wie Wasser an Löschpapier), denn wenn Erysipelkokken in den Geweben vorhanden gewesen wären, hätte die betreffende Mafsregel wenig oder gar nicht nützen können. *Philipp-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von Vaccinia generalisata, von W. T. Freemann-Reading. (*Brit. Med. Journ.* 1. März 1902.) Bei einem revaccinierten 23jährigen Mädchen zeigten sich am 6. Tage auf der linken Hand und am Handgelenk neun und auf der rechten Seite an der gleichen Stelle sechs Papeln, welche alsbald sich zu typischen Bläschen entwickelten. Keine weiteren Komplikationen. F. erklärt die Affektion als eine auf den Menschen übertragene Variola des Rindes. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

In der medicinischen Gesellschaft der Stadt Basel (*Correspdzbl. f. Schw. Ärzte.* 1902. No. 3) sprach L. Reinhardt über einen **seltenen Fall von Impfkomplikation**, bestehend in einer Febris bullosa bei einem Erstimpfling. Der Krankheitsprozefs begann am 9. Tage nach der Impfung mit Temperatursteigerung bis 39,8°; in den folgenden Tagen entstanden im Gesicht, an den Oberarmen und Handrücken, auf der Schleimhaut des Mundes, des Schlundes und der Nase und wahrscheinlich auch auf den Schleimhäuten der Bronchien und des Digestionsapparates, ferner in der Umgebung des Afters und an den Genitalien auf gerötetem und infiltriertem Grunde konfluierende, wallnufsgrofse, mit serös-sanguinolentem Inhalt gefüllte Blasen. Dieselben platzten zum Teil spontan, zum Teil wurden sie eröffnet und sonderten dann reichliche Mengen eines bald eitrig werdenden, fötid riechenden Exsudates ab; dasselbe dickte sich allmählich ein und führte zur Bildung von Krusten. Als sich nach vier Wochen die Geschwüre zu überhäuten begannen, trat unter mäfsigem, drei Tage lang anhaltendem Fieber ein Nachschub auf, dem nach weiteren vier Wochen ein zweiter, fieberlos verlaufender Nachschub folgte. Bei den letzten beiden Eruptionen befiel das Exanthem den ganzen Körper mit Ausnahme der Stellen, die beim ersten Ausbruch erkrankt waren. An den zweiten Nachschub schlofs sich eine akute Nephritis an, die nach sechs Wochen vollständig ausheilte. Der ganze Krankheitsprozefs dauerte über ein Vierteljahr. Aus dem Inhalt der zuerst entstandenen Blasen wurden Streptokokken gezüchtet, die aber mit dem gewöhnlichen Streptococcus pyogenes nicht identisch zu sein schienen. Es handelte sich wahrscheinlich um eine den Pneumokokken nahestehende Art. Ob diese pathogenen Mikrobien in der Lymphkapillare selbst vorhanden gewesen waren, liefs sich nicht mehr feststellen; eine andere Kapillare, die Impfstoff von demselben Kalb enthielt, erwies sich als keimfrei. Ein 28jähriger Mann, der mit Lymphe aus der gleichen Kapillare wie das Kind geimpft

worden war, erkrankte unter hohem Fieber mit starker Entzündung und leichter Blasenbildung an den Oberarmen. Bei drei anderen Kindern rief der Impfstoff hohes Fieber und einmal eine Purpura haemorrhagica hervor. Nach R.s Überzeugung ist die Noxe, welche die Ursache der Komplikation war, im Impfstoff selbst enthalten gewesen. Am Schlusse seines Vortrags kam R. auf die Art der Lymphgewinnung zu sprechen. Er hält es für gefährlich, wenn an den Tieren die geimpften Stellen mit dem scharfen Löffel bearbeitet werden, damit viel Impfstoff gewonnen wird; es können bei dieser Prozedur Epidermisschuppen und dergleichen in die Lymphe gelangen. Am besten ist es, statt der Bauchhaut, bei der die Desinfektion immer eine unsichere sein wird, nur das Skrotum des Stieres, das einigermafsen aseptisch gehalten werden kann, zur Impfung zu verwenden, wie das übrigens im Baseler Schlachthaus üblich ist.

In der Diskussion über diesen Vortrag bestreitet Th. Lotz, dafs in diesem Falle die Infektionskeime mit dem Impfstoff übertragen worden seien. Vor allem spricht dagegen die Zeit des Auftretens der Erkrankung. Es scheint sich um eine sekundäre Infektion gehandelt zu haben. — W. Bernoulli berichtet über Impfkomplikationen, die im Jahre 1872 bei einigen mit humanisierter Lymphe geimpften Kindern aufgetreten waren. — Feer hält den Beweis des Zusammenhangs der beschriebenen Krankheit mit der Vaccination nicht für erbracht. *Götz-München.*

Die verschiedenen Methoden der Impfung und ihre Resultate, nebst Empfehlung der besten Methoden, von F. M. Wood-Camden. (*Philad. Med. Journ.* 22. März 1902.) Als handlichste Methode für die tägliche Praxis wird folgende angegeben: Der Arm wird mit Alkohol, event. noch mit Seife gereinigt und die Haut einmal mit einer ausgeglühten Nadel leicht geritzt. In die Wunde verreibt man mit einer Elfenbeinspitze die Tierlymphe. Gaze, mit Binden oder Zinkpflaster befestigt, dient als Schutzverband. Die ideale Methode wäre subkutane Injektion von Glycerinlymphe unter chirurgischen Kautelen. *Max Levor-Hamburg.*

Beitrag zur aseptischen Methode der Schutzpockenimpfung, von S. Kohn. (*Wien. med. Wochenschr.* 1902. No. 13.) Verfasser hat ein aseptisches Impfnecessaire zusammengestellt. Die aus waschbarem, sterilisierbarem Russisch-Leinen bestehende Umhüllung enthält: 1. ein Impfinstrument aus Stahl in Metall-Etui; 2. ein Lämpchen aus Metall, welches Asbestfasern resp. Watte enthält, die mit Spiritus getränkt werden; 3. ein verschraubbares Fläschchen für Schwefeläther: 4. eine Holzbüchse für Impfphiolen; 5. eine Metallbüchse zur Aufnahme einer Zinntube mit Tegmin; 6. zehn verschlossene Papierenveloppes mit je drei sterilisierten Gazestreifen zur Reinigung von Impffeld und Lanzette; 7. eine Tube Tegmin mit Zellstoffscheiben. — Tegmin ist identisch mit dem früheren Epidermin. — Zum Bestreuen der entwickelten Impfpusteln empfiehlt Verfasser Tannoform pur oder mit Talcum (1 : 3) vermengt.
Jessner-Königsberg i. Pr.

Glycerin- oder trockene Lymphe? Die Technik der Impfung. (*St. Louis Courier.* März 1902.) Die Frage, die bei uns wohl allgemein zu Gunsten der Glycerinlymphe schon entschieden ist, wird vom Verfasser, der nicht genannt ist, noch als viel umstrittene hingestellt; er selbst neigt ebenfalls mehr der Glycerinlymphe zu, da sie an Tieren geprüft werde, was bei der anderen nicht der Fall sei, und weniger Keime enthalte, während die Trockenlymphe deren viele enthalte und nach Anwendung derselben häufig ernste Entzündungen und Eiterungen auftraten (Beispiel von 80 Kindern, von welchen ein Teil mit Glycerinlymphe geimpft wurde, aber keine solche Folgeerscheinungen aufwies). Immerhin meint Verfasser, sollte man, bevor diese Frage definitiv entschieden werde, genau auf das Alter der gebrauchten Lymphe achten, die

Methode der Skarifikationen anwenden und vergleichende Statistiken über den Prozentsatz der erfolgreichen Impfungen noch anstellen.

In dem zweiten der obigen Artikel wird empfohlen, die Glycerinlymphe in drei oder fünf kleinen Tropfen auf die Hautfläche in der Entfernung von je 1½ cm (½ Zoll) zu blasen und durch jeden Tropfen die Haut mit einer triangulär zugespitzten Nadel oder einer Aknelanzette zu skarifizieren. Gewöhnlich ist es gut, die geimpfte Stelle vor der Reibung mit den Kleidern zu schützen, durch einen Schild, welcher aber am Ende des zweiten oder dritten Tages entfernt werden muſs (wenn Bläschenbildung eintritt). Bei Kindern sollte aber möglichst kein solcher Schild in Anwendung kommen. Weiter Erwähnenswertes enthält der Artikel nicht.

Stern-München.

Die gesetzliche Kontrolle über Heilserum, Vaccine etc., von H. D. Geddings. (*St. Louis med. Rev.* 1. Febr. 1902.) Eine offenbar unvollständige Zusammenstellung der in Frankreich, Deutschland, Italien und Ruſsland bestehenden Gesetze über Herstellung und Vertrieb therapeutischer Serumpräparate. In der britischen Monarchie konnte Verfasser keine einschlägigen Bestimmungen ermitteln.

Max Levor-Hamburg.

Chronische Infektionskrankheiten.

a. *Lepra.*

Bericht über Lepra in Neu-Südwales im Jahre 1899, von J. A. Thompson. (Bericht der Regierungsmedizinalbehörde.) In dem von der Regierung zu Sydney im Jahre 1883 eingerichteten Leprahospital sind seit dessen Bestehen im ganzen 68 Patienten aufgenommen worden. Von diesen sind 32 gestorben, 23 sind auf Verlangen entlassen worden und 13 befinden sich noch in Behandlung. Im Jahre 1899 ist nur ein einziger Patient aufgenommen. Verfasser teilt seine Krankengeschichte, die nichts wesentlich Neues darbietet, in kurzen Umrissen mit und bespricht die Möglichkeiten der kontagiösen Übertragung. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Jesus-Hilfe, das Aussätzigenasyl der Brüdergemeinde in Jerusalem. (1900. Herrnhut.) Dreiſsig Jahre lang hat die Zahl der dort sich befindenden Leprösen zwischen 12 und 30 geschwankt. Seit 1898 hat sich die Zahl auf 37, seit 1899 auf 43 und seit 1900 auf 50 Kranke gehoben. 1900 wurden 22 Personen aufgenommen, nämlich 8 Frauen und 14 Männer. Es starben 3 Männer und 6 Frauen; 4 Männer und 2 Frauen verlieſsen das Asyl. Der preuſsische Kultusminister subventioniert die Anstalt. *Hopf-Dresden.*

Die Lepra im Gouvernement St. Petersburg, von G. (*Med. Woche.* 1901. No. 21.) Im Gouvernement St. Petersburg besteht ein von der Gesellschaft zum Kampfe gegen die Lepra gegründetes und unterhaltenes Lepraasyl, in welchem sich am 1. Januar 1900 27 lepröse Männer und 20 lepröse Frauen, also 47 Insassen befanden. Da sich der Zudrang zu der Anstalt vermehrt, soll dieselbe jetzt vergröſsert werden. Zum Bau von vier weiteren Baracken hat das Ministerium des Innern 20000 Rubel ausgesetzt. *Hopf-Dresden.*

Etwas von den Schwierigkeiten, Europa zur Annahme einer internationalen Leprösengesetzgebung zu bewegen, von Albert S. Ashmead. (*St. Louis med. Journ.* 1901. No. 2.) Durch die Abhandlung zieht sich wie ein roter Faden

die Furcht vor einer Überschwemmung Amerikas, gemeint sind die Vereinigten Staaten, mit den leprösen Auswanderern europäischer Länder, besonders Norwegens. In der Einleitung kann es Ashmead nicht unterlassen, heftig gegen Armauer Hansen auszufallen, der den Standpunkt in einem an den Verfasser gerichteten Briefe vertritt, dafs Norwegen in der Behandlung der Lepra und der Leprösen den anderen Ländern nur als Lehrer, nicht aber als Lernender gegenübertreten könne. Den übrigen Teil der Mitteilung machen Korrespondenzen aus, welche durchblicken lassen, dafs man Ashmeads Artikel überall ihres scharfen Tones wegen ablehnt. *Hopf-Dresden.*

Lepra, Elephantiasis graecorum, Al Gosam, von Hassan Mahmoud-Kairo. (*La méd. orient.* 1902. No. 5.) Krankengeschichte eines unterägyptischen Dorfbewohners von 50 Jahren, der aus nichtlepröser Familie stammend bis zum Alter von 38 Jahren stets völlig gesund war. Damals stellten sich an linker Hand und rechtem Fufs Taubseinsgefühle ein, worauf fünf Jahre später Knotenbildungen im Gesicht auftraten. Er besafs zwei Frauen und sechs Kinder. Keine dieser acht Personen ist erkrankt, obwohl der Kranke jetzt im Gesicht linsen- bis nufsgrofse Lepratuberkeln aufweist. Neben diesen finden sich in der Gesichtshaut weifsliche Infiltrationen. Es besteht das Bild der Facies leonina. Der Krankheitsprozefs hat auch den übrigen Körper ergriffen und zwar Haut, Muskel und Sehnen. Nur das Knochengerüst ist noch intakt. An den Extremitäten finden sich 6 : 3 cm lange harte Plaques von dunkelroter Färbung ohne Pigment. Es besteht teilweise Anästhesie der Haut. Therapie: abwechselnd Arsen und Ol. Chaulmoogra intern, Jodtinktur örtlich. Leidlich gute Wirkung auf Befund wie Allgemeinzustand. Verfasser unterscheidet eine Lepra tuberculosa, Lepra en plaques und Lepra anaesthetica. Eine Infektionsgefahr leugnet er, wie eine von ihm vorgenommene erfolglose Impfung beweise. *Hopf-Dresden.*

Ist die Lepra eine ansteckende Krankheit? von Sauton. (*Presse méd.* 1901. No. 48.) Die Arbeit ist bereits an anderer Stelle (Bd. 34, S. 592) besprochen worden. Darum hier nur ein kurzer Überblick über des Verfassers Folgerungen. Er meint, dafs die Lepra zwar kontagiös sei; um es aber zu Ansteckungen zu bringen, müfsten die Faktoren Nachlässigkeit und Unsauberkeit mit in Frage kommen. Im übrigen würden die Infektionen durch die Hygiene und Sauberkeit, durch Occlusivverbände, Asepsis und Antisepsis auf ein Minimum herabgesetzt. *Hopf-Dresden.*

Die Kontagiosität und Heredität der Lepra, von G. Verrotti. (*Giorn. intern. d. scienze med.* 1902. Heft 4.) Verfasser erörtert die Ansichten der Lepraforscher über Kontagiosität und Heredität der Lepra und kommt zum Schlusse, dafs letztere gar keine Rolle spiele, während erstere allein für die Entstehung und Ausbreitung des Aussatzes in Betracht komme. *Iwan Bloch-Berlin.*

Lepra und Syringomyelie, von H. de Brun-Beirut. (*Presse méd.* 1902. No. 29.) Anschliefsend an einen Fall von Syringomyelie, hauptsächlich charakterisiert durch die bekannten Symptome an den Händen, sowie durch Analgesie und Thermoanästhesie verbreitet sich der Verfasser über die Beziehungen zwischen diesem Leiden und der Lepra. Die sonst verhältnismäfsig seltene Krankheit Syringomyelie wurde von ihm in Syrien häufig beobachtet und er glaubt eine Erklärung dafür gefunden zu haben. Neben den von der erwähnten Patientin geklagten Arthropathien und eigenartigen Ödemen des Gesichts, Halses und der Hände und Füfse, die vor 5—6 Jahren aufgetreten sind und später wieder schwanden, beobachtete Brun noch weitere Symptome, die er als Zeichen einer leprösen Infektion auffafst: Abschwächung der Menstruation seit sieben Jahren bei der jetzt 24 Jahre alten Kranken; Parästhesien wie Hitzegefühle

beziehentlich Frieren; ferner franken- bis handgroſse vitiliginöse Hautveränderungen, seit etwa sechs Jahren bestehend. Handelt es sich nun im vorliegenden Falle um eine lepröse Pseudosyringomyelie oder um eine lepröse Polyneuritis syringomyelitischen Charakters? Die Ansicht des Verfassers ist die, daſs die Lepra im stande ist, Syringomyelie zu erzeugen, wenn er auch entgegen Zambaco-Pascha nicht glaubt, daſs jede Syringomyelie leprösen Ursprungs ist. *Hopf-Dresden.*

Histologische und bakteriologische Untersuchungen über einen Fall von Lepra tuberosa anaesthetica mit besonderer Berücksichtigung des Nervensystems, von Uhlenhuth und A. Westpfahl. (*Centralbl. f. Bakteriol.* 1901. No. 6.) Die eingehende Untersuchung des Leprafalles ergab: zahlreiche Bacillen in Haut und Schleimhaut; die Epithelien durchweg frei. Haarbälge, Talgdrüsen, Schweiſsdrüsen, Schleimdrüsen stets ohne Bacillen. Alle inneren Organe enthalten Bacillen, die Nase nur in sehr geringer Menge. Die pathologisch-anatomischen Veränderungen entsprachen nicht immer der Bacillenmenge. Das Centralnervensystem intakt; die Spinalganglien bacillenreich, aber relativ wenig anatomisch alteriert; dagegen die peripheren Nerven in Gestalt einer Neuritis und Perineuritis bei enormem Bacillenreichtum sehr affiziert. — Gute mikroskopische Abbildungen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

b. *Tuberkulose.*

Über die mechanische Disposition der Schleimhauterkrankungen bei Lupus vulgaris, von E. Hollaender - Berlin. (*Ther. Monatsh.* Mai 1902.) Als Analogien zu den Mitteilungen Freunds, betreffend die durch Stenose der oberen Brustapertur entstandenen Phthise führt Verf. die folgenden Beobachtungen beim Nasenlupus auf: Bei dem von der Nasenschleimhaut ausgehenden Lupus ist in den meisten Fällen nur ein Naseninneres ergriffen; Verf. vermutet, daſs Verbiegungen des Septums nach der erkrankten Seite die Entstehung begünstigen. Hat der tuberkulöse Prozeſs zur Stenose der Nasenlöcher geführt, sei es durch unzweckmäſsige Heilbestrebungen (Ausbrennen, Auskratzen, Ätzungen), sei es durch das Fortschreiten der Erkrankung, so kommt es, da durch die Borkenbildungen die Nasenatmung meist völlig aufgehoben wird, nach einiger Zeit zu descendierender Tuberkulose, wie Verf. in vielen Fällen nachweisen konnte. Wird nach Ausheilung des Nasenlupus die Stenose operativ beseitigt, so tritt in manchen Fällen Heilung resp. Besserung der descendierenden Tuberkulose ein. Kommt es durch Verlust der vorderen Nasenpartie und Abstoſsung des Septums zu einer Art von Naturheilung, so bessert sich auch die descendierende Tuberkulose. Dagegen fand Verf., daſs bei makroskopisch ausgeheilten Fällen von Nasenlupus ein sehr ausgedehntes Schleimhaut- und Hautrezidiv auftrat, wenn man die Nasenstenose durch unzweckmäſsige Rhinoplastik (Anlegung zweier Nasenöffnungen) künstlich wiederherstellte. — Diese Reihe von Beobachtungen ist wohl geeignet, etwas Licht in das Dunkel der Dispositionsfrage zu bringen.

A. Loewald - Graudenz.

Über die Frage der mechanischen Disposition zur Tuberkulose nebst Schluſsfolgerungen für Nasenplastiken nach Lupus, von E. Hollaender-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1902. No. 14.) Die Tuberkelbacillen findet man häufig auf der normalen Nasenschleimhaut gesunder Menschen, sie wirken besonders schädlich bei verengten Nasen. Von der Vordernase verbreiten sie sich weiter und bewirken unter anderem eine Stenose der Nasenlöcher; diese mechanische Verlegung der Nasenrespiration führt oft zur descendierenden Form der Tuberkulose der Luftwege. Der sekundäre lupöse Prozeſs der oberen Luftwege heilt öfters von selbst aus, wenn man den primären Nasenlupus und die Stenose der Nasenlöcher geheilt hat. Es

muſs also stets eine zweckmäſsige Rhinoplastik, wo es nötig ist, gemacht werden, d. h. mit einem weiten Nasenloch, welches eine freie Nasenatmung garantiert. Daſs man auch mit diesem Modus gute kosmetische Resultate erzielen kann, zeigen die beigegebenen Photographien. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die tuberkulösen Erkrankungen der Haut und ihre Beziehungen zu den inneren Organen, von O. v. Petersen-Petersburg. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1902. No. 16.) Die zu Ehren Leydens geschriebene Arbeit gipfelt in folgenden Schluſssätzen: Die Beziehungen der inneren Organe zu den tuberkulösen Hautaffektionen haben noch viel zu wenig Beachtung gefunden. Jede lokale tuberkulöse Erkrankung, sei sie in der Haut, den Knochen, Gelenken, Schleimhäuten, Darm, Drüsen, Kehlkopf, Lungen, kann unter Umständen allgemeine Tuberkulose erzeugen, wie dieses z. B. nach Auslöffelungen von Lupusherden konstatiert ist. Wie häufig die allgemeine Tuberkulose vorkommt infolge lokaler Tuberkuloseherde und unter welchen Bedingungen, darüber fehlen noch systematische Beobachtungen. Eine allgemeine Statistik der tuberkulösen Erkrankungen verschiedener Organe ist äuſserst wünschenswert, kann aber nur durch gemeinsame Arbeit der Vertreter der verschiedenen Spezialfächer der Medizin geschaffen werden. Die bisherigen Kenntnisse der Tuberkulose sprechen dafür, daſs wir es vorherrschend mit einer Lokalaffektion zu thun haben, und daraus ergiebt sich, daſs neben der Hebung der Widerstandsfähigkeit des menschlichen Organismus gegen die Infektionsträger die Therapie in erster Linie eine lokale sein muſs, wie wir sie z. B. für den Lupus vulgaris gegenwärtig in der Phototherapie besitzen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

In der medizinischen Sektion der Schlesischen Gesellschaft für vaterländische Kultur (Sitzung vom 17. Januar 1902) stellte Tomaszewski **zwei Fälle von Hauttuberkulose** vor. (*Allg. med. Centralztg.* 1902. No. 16.) Der erste Fall, ein 15jähriger Junge, hatte an Lupus vulgaris der Nase gelitten und war mit Röntgenstrahlen behandelt worden. Zur Zeit kosmetisch ganz ausgezeichnetes Resultat. Aber auf eine Tuberkulininjektion hat Patient sowohl allgemein wie lokal reagiert; lokal mit leichter, aber diffuser Rötung und Schwellung, die noch keinen Schluſs auf den Sitz der noch vorhandenen tuberkulösen Veränderungen gestattet. — Der zweite Patient ist ein 16jähriger, erblich belasteter Hüttenarbeiter mit typischen Lichen scrophulosorum-Herden am Stamm und zwei typischen Herden von Tuberculosis verrucosa cutis auf dem rechten Handrücken. Bezüglich der Ätiologie der Tuberculosis verrucosa cutis hebt T. die Vorliebe der Lokalisation an den Händen und den Beruf der Patienten hervor. Die Patienten gehören Berufen an, bei welchen Verletzungen an den Händen häufig sind, und welche sie wenigstens zum Teil häufig mit tuberkulösem Rindermaterial in Berührung bringen. Hier handelt es sich offenbar um Inokulationstuberkulose. Um Autoinokulation dagegen handelt es sich in den Fällen, wo die Krankheit sich neben schwerer Lungenphthise vorfindet; wahrscheinlich wird die Infektion durch die Berührung der Finger mit dem Speichel vermittelt. T. spricht sich dahin aus, daſs die Tuberculosis verrucosa cutis sicherlich durch den Erreger der menschlichen, wahrscheinlich aber auch durch den Erreger der Rindertuberkulose verursacht wird. Zur Klärung der jüngst von Koch aufgeworfenen Streitfrage, ob die Tuberkelbacillen bei Menschen und Tieren identisch sind, vermögen die bisherigen Beobachtungen über Tuberculosis verrucosa cutis nichts beizutragen; jedenfalls sind klinische Differenzen bisher nicht aufgefallen. *A. Loewald-Graudenz.*

Über das Wesen des sogenannten Erythema induratum scrophulosorum, von Arthur Whitfield-London. (*Amer. Journ. med. scienc.* Dezember 1900 und

September 1901.) Zwei Fälle, die Verf. im letzten Jahre beobachtete, leiten ihn zu der Annahme, daſs es mindestens zwei Formen der Bazinschen Affektion giebt. Die eine, indolente, betrifft hauptsächlich junge Mädchen und wird in manchen Fällen zweifellos durch den lebenden Tuberkelbacillus hervorgerufen. Die andere befällt fast ausschlieſslich Frauen in mittlerem Alter, gewöhnlich solche mit irgend einer Herzschwäche; diese Form ist akuter, wird durch Bettruhe wirksam beeinfluſst und hat nichts mit Tuberkulose zu thun. Mit der zweiten Varietät ist auch der Fall verwandt, den Philippson, allerdings bei einem 18jährigen Mädchen, als Phlebitis nodularis necroticans beschrieben hat. *Max Levor-Hamburg.*

Kleine Beiträge zur Tuberkulosefrage, von Arnold Heller-Kiel. (*Münch. med. Wochenschr.* 1902. No. 15.) Vor mehreren Jahren kam in die Kieler chirurgische Klinik ein Mann, der, um eine Anzahl Tätowierungen von seinen Armen und Händen wegzuschaffen, durch wiederholte Stichelungen mit einer Nadel Milch in die tätowierten Teile hineingebracht hatte. Nach einiger Zeit zeigten sich auf dem Rücken beider Hände an Stellen, die am gleichen Tage mit Milch behandelt worden waren, Veränderungen, die kurze Zeit später in der Klinik als Lupus diagnostiziert wurden. Die kranken Partien wurden excidiert; 14 Tage nach seiner Aufnahme ins Spital konnte der Mann völlig geheilt entlassen werden; nach drei Jahren noch wurde er rezidivfrei befunden. In den exstirpierten lupösen Teilen fanden sich zahlreiche charakteristische Riesenzellentuberkel, aber keine Tuberkelbacillen. — Es handelte sich hier sicherlich um eine Ansteckung durch Rindertuberkulose. Mit Rücksicht auf Kochs neue Theorie, der zufolge die Menschen für die Rindertuberkulose unempfänglich sein sollen, ist der Fall von groſsem Interesse. *Göts-München.*

Ein Fall von Tuberkulose der Haut nach zufälliger Infektion mit dem Rindertuberkelbacillus, von Mazyck P. Ravenel-Philadelphia. (*Univ. Pennsylv. med. Bull.* Febr. 1902.) Bei der Autopsie zweier Rinder, an denen experimentelle Tuberkulose studiert wurde, verletzte sich jemand leicht an der Beugeseite des Handgelenkes. Bereits vier Wochen später bildete sich in der Narbe ein Knötchen, das nach weiteren zwei Wochen schon 15 mm lang, 8 mm breit war. Durch Impfung und histologische Untersuchung erwieſs es sich als typischer Tuberkel.

Max Levor-Hamburg.

X-Strahlen-Behandlung in Fällen von Lupus und Epitheliom, von James Kinnaird-Lancaster. (*Louisville Journ.* März 1902.) Je ein Fall von „Hautkrebs oder Lupus" (? der Ref.) und von Ulcus rodens, beide am oberen Augenlid, wurden mit X-Strahlen anscheinend geheilt. *Max Levor-Hamburg.*

Verschiedenes.

Die Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten wird am 19. Oktober in Berlin ihre konstituierende Versammlung abhalten. Die Tagesordnung ist vom geschäftsführenden Ausschufs folgendermafsen aufgestellt:

Herr Dr. A. Blaschko: Die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten. — Herr Prof. Dr. E. Lesser: Die Gefahren der Geschlechtskrankheiten. — Herr Geh. Obermedizinalrat Prof. Dr. M. Kirchner: Die soziale Bedeutung der Geschlechtskrankheiten. — Herr Geh. Medizinalrat Prof. Dr. A. Neisser: Die Aufgaben der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. — Konstituierung der Gesellschaft. — Beratung und Beschlufsfassung über die Statuten. — Wahl des Vorstandes und Ausschusses. — Geschlechtskrankheiten und Krankenkassen. Berichterstatter: Herr Dir. Uhlmann, Vorsitzender des Verbandes der Deutschen Ortskrankenkassen. — Verschiedenes.

Brief aus Kleinasien, von E. v. Düring. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1902. No. 28.) Im zweiten Briefe aus Castamni berichtet v. D. über das Vorkommen verschiedener Krankheiten und über ärztliche Verhältnisse, Bevölkerung, Klima und Mineralquellen jener Provinz Kleinasiens. Neben der Syphilis ist auch Lepra endemisch besonders in Hamidié-Deorek, Tscherkesch und in einem Küstenbezirk, und zwar zeigen sich besonders die nervösen Formen. Gegen die Ausbreitung geschieht nichts. Die Pthise ist enorm verbreitet besonders bei den Frauen, Malaria herrscht in allen Distrikten, wo Reis gebaut wird, Blattern sind häufig, ebenso Trachom, besonders in Tschoums, seltener sind maligne Tumoren. An Hautkrankheiten findet man vor allem Favus, Trichophytie, Impetigo contagiosa, Scabies, Ekzem, Psoriasis, seltener Lichen ruber, Xeroderma pigmentosum, Mykosis fungoides, Pellagra. Rhinosklerom und Aktinomykose fehlen. Dafs Herz- und Magenkrankheiten oft sind, ist ja selbstredend. Ärzte giebt es in der Gegend nur wenig, sie haben wenig Privatpraxis und eine schlechte soziale Stellung, besser sind die Militärärzte. An der Spitze des Sanitätsdienstes steht ein Sanitätsinspektor, der Krankenhäuser und Apotheken inspiziert, die Impfungen leitet und die Sanitätspolizei ausübt, doch wirken viele Kurpfuscher im Lande. Die Bevölkerung ist mannigfaltig und meist arm, das Klima angenehm, überall sind kalte und warme Quellen, kohlensaure, kalihaltige, arsen- und eisenhaltige. Hygienisch wäre noch viel zu machen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Blütenlese von Geheimmitteln und Cosmetica, von E. Lindemann-Karlsbad. (*Die medizin. Woche.* 1902. No. 27—29.) Verfasser weist an einer grofsen Anzahl von Geheimmitteln, deren Bestandteile er aufführt, die Unzweckmäfsigkeit und teilweise Schädlichkeit nach, er brandmarkt mit Recht die unverschämten Preise dieser „Mittel" und warnt vor Benutzung. Es ist ihm gelungen, eine reiche Blütenlese zu sammeln, die hoffentlich auch dem Laienpublikum zu Gesicht kommt, damit es endlich erkenne, für welchen Schund es sein Geld ausgiebt. Einzelnes aufzuzählen lohnt sich nicht. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 35. No. 9. 1. November 1902.

Ein Fall von Neurofibromatosis mit starker Beteiligung der Haarbälge.

Von

Dr. Adam v. Karwowski-Posen.

Mit 3 Figuren im Text.

Die Ätiologie und Histopathologie der multiplen weichen Hautfibrome ist durch v. Recklinghausen im Jahre 1882 derartig klargelegt und von zahlreichen anderen Autoren in seinem Sinne weiter belichtet worden, dafs eine Veröffentlichung weiterer Fälle nur von kasuistischem Werte sein kann. Wenn ich es dennoch wage zu der grofsen Anzahl von Arbeiten über dieses Thema (Adrian citiert in seiner jüngst erschienenen Abhandlung über 360 Publikationen) die Beschreibung meines Falles hinzuzufügen, so thue ich es in der Annahme, dafs bei der Mannigfaltigkeit des Krankheitsbildes der Neurofibromatose, eine jede neue Veröffentlichung doch vielleicht einzelne Punkte enthalten kann, die gewisses Interesse bieten können.

Ich beobachtete folgenden Fall:

Im Februar d. J. wurde mir von einem Kollegen ein Patient wegen einer „ungewöhnlichen Hautkrankheit“ zugeschickt, den der Kollege bis dahin an einem Herzfehler behandelt hatte.

Herr M., früher Fleischer, jetzt Agent, 34 Jahre alt, aus Posen, verheiratet, Vater von fünf Kindern, giebt an, seit circa zehn Jahren an einem Herzfehler zu leiden. Mutter daran gestorben. Seit der Kindheit, soweit er sich erinnern kann, ist sein Körper mit eigentümlichen Flecken bedeckt, zu denen sich seit etwa sechs Jahren auf der ganzen Körperhaut hervorwachsende Geschwülstchen gesellt haben. Diese verursachen an und für sich keine wesentlichen Beschwerden, aufser hier und da leichtem Jucken, sowie geringer Schmerzhaftigkeit beim Zerren oder Druck. Patient will die Beobachtung gemacht haben, dafs die Geschwülstchen stets an der Stelle hervorwuchsen, wo vorher ein Geschwür (Akneknoten) gewesen war. Augenblicklich weist er auf ein solches am

rechten Unterarm hin, aus dem er sicher das Hervorwachsen eines Geschwülstchens erwartet. Von seinen Kindern haben drei ebenfalls Hautanomalien, in der übrigen Verwandtschaft ist ihm nichts derartiges bekannt.

Status. Mittelgroſser, schlecht ernährter Mann, brünett, mit schmalem, eingefallenem Gesicht von dunkler Hautfärbung. Die Haut des ganzen Körpers macht einen recht eigentümlichen fleckigen, bunten Eindruck mit zahlreichen Knoten und Knötchen. Bei genauerer Betrachtung lassen sich die Hautveränderungen folgendermaſsen einteilen: 1. über den ganzen Körper zerstreute bis linsengroſse, gelbbraune Fleckchen im Aussehen Epheliden entsprechend; 2. einige gröſsere zungenförmige, etwa daumengliedgroſse Pigmentierungen von der Farbe des Milchkaffees am Rumpf und Extremitäten; 3. mehrere linsengroſse Hämangiome, hauptsächlich an den Seiten des Thorax und Rücken; 4. unzählige kleine Knötchen von Hanfkorn- bis Bohnengröſse und zwar teils platt, teils hervorragend bis zum Aussehen einer Cutis pendula. Die Farbe dieser Knötchen ist bald bläulich, fast durchscheinend, bald bräunlich, teilweise auch von der umgebenden Haut nicht verschieden; 5. gröſsere, aus zwei und mehreren Knoten bestehende, breit aufsitzende, brustwarzenähnliche Tumoren von der Gröſse einer Hasel- bis Walnuſs. Letztere sind auch auf der behaarten Kopfhaut zu finden.

Fig. 1.

Die Mehrzahl der beschriebenen Tumoren fällt durch weite Comedonen auf, welche einzeln oder zu mehreren als schwarze Dellen den Knoten ein eigentümliches Aussehen verleihen. Auf Druck stülpt sich nach Entleerung eines breiigen Inhalts der Boden als rötliches Häutchen hervor. Bei Anspannen der Haut über den Geschwülstchen treten deutlich die gelbweiſsen Konturen der vergröſserten Follikel hervor. Haare sind zwar hier und da auf den Knoten sichtbar, jedoch nirgends in auffälliger Stärke und Anzahl.

Beim Betasten fühlen sich die Geschwülste auffallend weich, unelastisch an. Dies tritt noch mehr zum Vorschein, wenn man sie gegen die Haut andrückt; dann hat der tastende Finger den Eindruck einer runden, scharf abgegrenzten Öffnung in der Haut, durch welche gleichwie durch ein Knopfloch oder in einen Bruchkanal die Geschwulst sich hineindrücken läfst. Die Haut selbst über den Knötchen erscheint schlaff, atrophisch fast sackförmig und ist an einzelnen derselben verschieblich, an anderen durch Stränge verwachsen.

Nirgends lassen sich verdickte Nervenstämmchen oder plexiform angeordnete Tumoren nachweisen.

Die Untersuchung der inneren Organe ergiebt eine Verlagerung des Spitzenstofses nach rechts, sowie ein systolisches Geräusch an der Basis. Über den Lungenspitzen leichte Verdichtungserscheinungen. Urin enthält weder Eiweifs noch Zucker.

Patient macht einen intelligenten Eindruck, wenn er auch durch sein entstellendes Leiden und ungünstige Erwerbsverhältnisse etwas niedergeschlagen ist. Auf meine Veranlassung führte er mir drei seiner fünf Kinder vor, welche folgende Veränderungen darboten:

1. siebenjährige Tochter, mäfsig gut entwickelt und ernährt, hat auf dem ganzen Körper dieselben sommersprossenartigen Flecke wie der Vater, doch nirgends lassen sich Tumoren auffinden, dafür zeigt sie an Streckseiten der Extremitäten Erscheinungen der Ichthyosis simplex. Es besteht Jucken am ganzen Körper.

2. vierjähriges Mädchen hat auf der Stirn mehrere Hämangiome, die sich erst seit einigen Monaten entwickelt haben sollen.

3. zweijähriges Töchterchen hat auf dem Kopfe seit der Geburt einen flachen, weichen Tumor von Kirschgröfse und auffallend weifser, gegen die Umgebung sich abhebender Farbe. Am Rande befindet sich ein etwa 2 mm breiter, hämangiomatöser roter Kranz. Vor etwa einem Jahre soll hier ein Geschwür bestanden haben, welches inzidiert wurde. Eine Biopsie des Tumors wird verweigert. Bei keinem der drei Kinder lassen sich psychische Defekte konstatieren.

Zwecks mikroskopischer Untersuchung wurden dem Patienten einige kleinere Tumoren vom Rumpf und Gesicht extirpiert unter Lokalanästhesie (Chloräthyl oder Cocaininjektion in die Umgebung). Wurde die Haut über dem Tumor keilförmig inzidiert, so liefs sich derselbe dann leicht herausschälen, wobei ein ziemlich empfindlicher Schmerz beim Durchschneiden des letzten Bindegewebsstranges, an welchem der Tumor hing, vom Patienten kundgegeben wurde. Makroskopisch zeigte sich nun der Tumor aus einer homogenen, gelatinösen, grau durchscheinenden Masse bestehend, in der sich die Talgdrüsen deutlich wie weifse Kalkablagerungen

differenzierten. Die Stücke wurden teils in Alkohol, teils in MÜLLERscher Flüssigkeit konserviert und in Paraffin geschnitten.

Bei der einfachen Färbung mit alkoholischem Methylenblau fallen zunächst über das ganze Gewebe, mit Ausnahme der epidermoidalen Gebilde zerstreute grofse, keulen- oder spindelförmige, bald auch mit zahlreichen Fortsätzen versehene violettbraun gefärbte Pigmentzellen auf. Bei starker Vergröfserung sieht man die um einen hellblauen Kern gelagerten Körnchen. Die Epidermis ist etwas verdünnt, gefaltet, im wesentlichen jedoch nicht verändert. Unter ihr sieht man die schwach

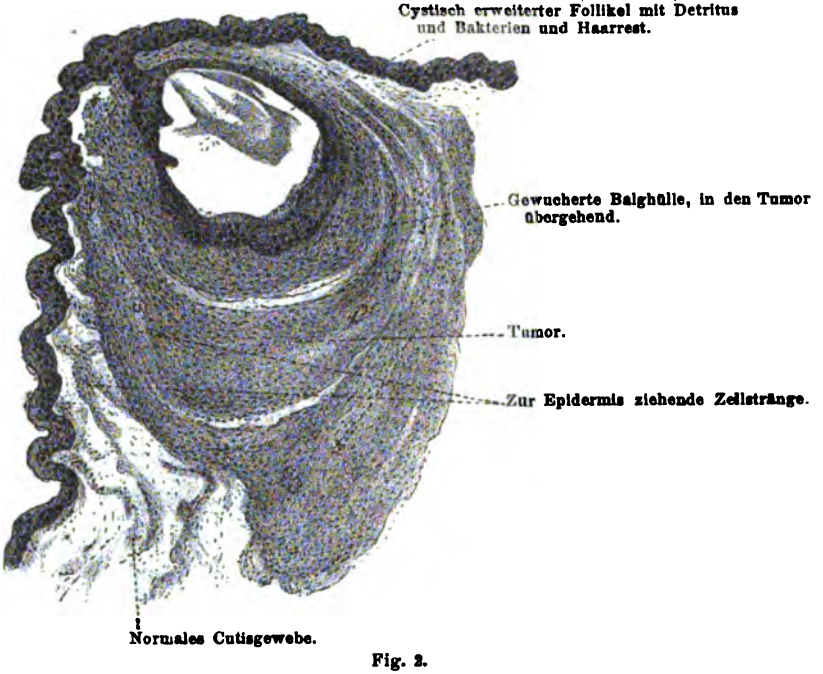


Fig. 2.
Färbung mit polychromem Methylenblau.
Schwache Vergröfserung.

oder gar nicht gefärbte Cutis, durch welche stärker gefärbte Stränge in schräger Linie nach dem durch intensive blaue Färbung sich scharf abhebenden Tumor ziehen. Dieser besteht aus jungem, wucherndem Bindegewebe von grofsem Zellenreichtum. Die Zellen haben zum Teil spindelförmige, zum Teil ovale und mehr runde Kerne. Die Hauptmasse des Tumors ist um einen Haarfollikel gelagert, mit dessen bindegewebiger Hülle er an ihrem unteren Pol verwachsen ist. Dieses Verhältnis tritt an fast allen Schnitten zutage, nur sieht man in anderen Präparaten eine deutliche Wucherung der bindegewebigen Balg-

hülle, welche in einigen Schnitten direkt in das Gewebe des Tumors übergeht und in Bezug auf ihren cellulären Bau sich gar nicht von demselben unterscheidet. Die zu dem Tumor in dem erwähnten Verhältnis stehenden Haarbälge sind mehr oder weniger cystisch erweitert und mit Detritus und zahlreichen Bakterien gefüllt. Daneben sieht man auch hier und da kräftig entwickelte Talgdrüsen in das Gewebe eingelagert, die in ihrem Bau nicht wesentlich verändert erscheinen. Das wenig gefärbte normale Bindegewebe enthält neben unveränderten Haarbälgen auch Schweifsdrüsengänge, an denen keinerlei Wucherungerscheinungen zu bemerken sind.

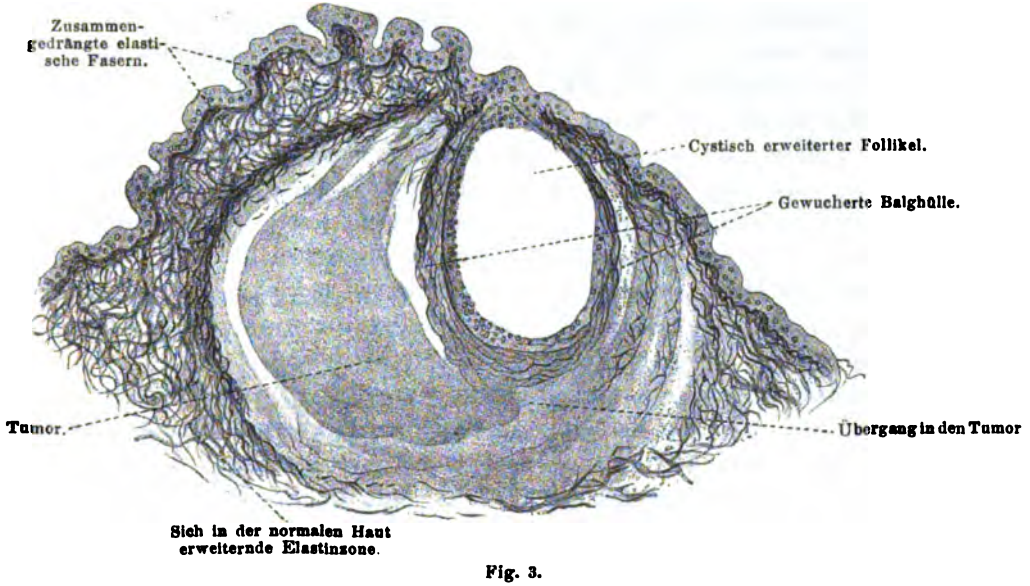


Fig. 3.
Saure Orceinfärbung nach Unna-Taenzer.
Schwache Vergröfserung.

Mit Hämatoxylin-Eosin gefärbte Schnitte weisen dieselben Verhältnisse nur mit deutlicherer Kernzeichnung auf. Das karmoisinrote Gewebe des Tumors und seiner zur Epidermis ziehenden Stränge — die in den gröfseren Tumoren splitterkuchenartig bis dicht an den Papillarkörper reichen — hebt sich scharf von dem hellroten normalen Bindegewebe ab. Auch hier erscheint das Gewebe des gewucherten Balgmantels völlig identisch mit dem des Tumors.

Die Färbung nach van Gieson und mit Pikrokarmin förderte keine neuen Details zutage. Bei Unnas polychromer Methylenblau-Glycerinätherfärbung sieht man grofse Mastzellen mit spinngewebigem Protoplasma,

wie es UNNA bei diesen Tumoren beschreibt. Sie liegen zumeist in der Nähe der Follikel.

Doch das hauptsächlichste Interesse bot natürlich das Verhalten der Nervenfasern einerseits und des Elastins andererseits. Um ersteres zu studieren nahm ich nach Fixierung in MÜLLERscher Flüssigkeit und Alkoholhärtung Färbung mit Osmiumsäure nach AZOULEY, sowie die von KRIEGE verlangte WEIGERTsche Färbung vor. In beiden Fällen fand ich ziemlich zahlreiche, den Tumor nach verschiedenen Richtungen hin durchziehende markhaltige Nervenfasern mit zum Teil geschlängeltem Axencylinder vor.

Recht schöne und markante Bilder erhielt ich bei UNNA-TAENZERS saurer Orceinfärbung. Hier zeigte sich gewissermafsen das Negativ der mit Methylenblau gefärbten Präparate. Was dort fast farblos war, erscheint hier energisch gefärbt und umgekehrt. Der Tumor ist ganz blafsrosa im Gegensatz zu dem, von einem dichten Netz elastischer Fasern durchzogenen normalen Bindegewebe. Am dichtesten sind die elastischen Fasern an der oberen Grenze des Tumors, so dafs man förmlich sieht, wie der Tumor das elastische Gewebe vor sich vorschob und zusammendrängte, ohne ihm Zeit zu lassen zu atrophieren. Dafür breitet sich das elastische Fasernetz an den Seiten des Tumors, wo bereits normale Haut getroffen ist, wie vom Druck befreit, plötzlich nach der Tiefe zu aus. Der Tumor selbst ist absolut elastinfrei. Einzelne hier und da sichtbare Faserchen entsprechen den Gefäfsen.

Nachdem ich dieses festgestellt hatte, warf sich mir die interessante Frage auf, wie wohl das Verhältnis in Bezug auf Elastingehalt in den gewucherten Balghüllen und dem Tumor sich gestaltet. Allerdings ist von RABL und ZENTHOEFER festgestellt, dafs die Balghüllen frei von elastischem Gewebe sind, doch haben die Untersuchungen SECCHIS ergeben, dafs im Gegenteil dieselben oft ein dichtes elastisches Fasernetz enthalten können. Ich untersuchte mehrere Knötchen vom Kinn, wo naturgemäfs die Follikel besonders zahlreich sind, sowie solche, bei denen die Comedonen recht zum Vorschein traten. In einem den letzteren entnommenen Schnitt zeigte sich folgendes Bild: Die Hauptmasse des Schnittes nimmt ein enorm erweiterter eiförmiger Follikel ein (Fig. 3), um den schalenförmig sich das Tumorgewebe anlegt, an seinem unteren Pol direkt in das Gewebe der gewucherten Balghülle übergehend. Das elastinfreie Tumorgewebe drängt, wie in den anderen Schnitten das Elastinnetz nach der Epidermis zu dicht zusammen. Die gewucherte und verbreiterte Hülle des Balgs weist ein feines, meist aus längsverlaufenden Fasern bestehendes Elastinnetz auf, welches an dem Übergange in den Tumor am unteren Pol sich scharf von dem Tumorgewebe absetzt. Das gleiche Verhältnis wiederholt sich in den dem Kinn entnommenen Tumoren.

Fassen wir den histologischen Befund zusammen, so haben wir folgende drei Hauptpunkte:

1. Der Tumor enthält disseminierte markhaltige Nervenfasern. Er besteht aus jungen Bindegewebszellen und zeichnet sich durch grofsen Reichtum an Pigmentzellen aus:

2. Das Verhalten der Hüllen der Haarfollikel und Talgdrüsen erweckt den Anschein, als ob dieselben bei der Entwickelung der Tumoren eine gewisse Rolle spielten.

3. Der Tumor ist, entgegen dem gewöhnlichen Befunde bei Fibromen (Heuss), vollständig frei von Elastin, drängt vielmehr dieses in dem normalen Bindegewebe vor sich her. Die gewucherten Hüllen der Haarbälge enthalten reichliche elastische Fasern.

Das Vorhandensein disseminierter Nervenfasern weist ohne weiteres nach den bekannten Untersuchungen v. Recklinghausens, Krieges, Unnas und anderer darauf hin, dafs wir es mit Neurofibromen zu thun haben, und zwar mit reinen Hautneurofibromen, da an den peripheren Nerven keinerlei geschwulstartige Veränderungen sich nachweisen lassen. Dazu kommt noch das charakteristische makroskopische Aussehen, sowie die von Adrian als Komplikationen bezeichneten Pigmentationen, „blauen Flecken", Angiome etc., welche so oft in Verbindung mit der Neurofibromatose beschrieben worden sind, dafs sie gewissermafsen zu ihrem Typus gehören. Allerdings mufs hierbei zugegeben werden, dafs diese Erscheinungen auch bei den Adenomata sebacea vom Typus Pringle vorkommen, und also mehr die Begleiterscheinungen auf kongenitaler Anlage beruhender Dermatosen darstellen. Die Unzahl der Pigmentzellen entspricht der allgemeinen Hautpigmentation.

Was nun das starke, sowohl makro- wie mikroskopische Hervortreten der Haarbälge und Talgdrüsen in den Tumoren betrifft, so hat dies bekanntlich eine Anzahl von Autoren, auch nach v. Recklinghausens Entdeckung zu der alten Tilesiusschen Anschauung verführt (Lahmann, A. Philippson, Königsdorf, Du Mesnil), welche zum Teil durch den negativen Nervenbefund gestützt wurde, dafs diese Tumoren doch wohl auch von dem Bindegewebe der „sebopiliferen Drüsen" und Gefäfse ihren Ausgang nehmen können. Delbanco widerlegt ihre Annahme damit, dafs einerseits nicht die entsprechenden Färbemethoden angewendet, andererseits bereits gröfsere Tumoren untersucht wurden. Indess schon v. Recklinghausen schliefst die Bindegewebshüllen der Haarbälge nicht von der Teilnahme an dem Aufbau dieser Geschwülste aus, erklärt jedoch das Umwachsen der Haarbälge mit Geschwulstmasse durch Vermittelung der in jenen verlaufenden Nervenfasern.

Und doch ist das oben beschriebene mikroskopische Bild äufserst verführerisch. An verschiedenen Stellen machen die Haarbälge mit ihrer

gewucherten Hülle den Eindruck, als ob sie den Kern der Geschwulst, um welchen sich die Masse derselben anordnet, bildeten, zumal man keinen Unterschied zwischen den Zellen der gewucherten Balghülle und denen des Tumors und ihrer Anordnung finden kann. Ich gestehe, dafs ich anfangs, bevor ich noch die Nervenfasern im Tumor gefunden hatte, fast überzeugt war, dafs hier der Ausgangspunkt der Geschwulst die Hüllen der Haarbälge sein müssen.

Doch da frappierte mich das Verhalten der elastischen Fasern. In den Schnitten wo der Tumor aus der gewucherten Balghülle besonders deutlich hervorzugehen schien, zeigte sich bei saurer Orceinfärbung, dafs beide Gewebe sich dadurch scharf unterscheiden, dafs der gewucherte Haarbalg ein deutlich ausgesprochenes Elastinnetz aufweist, welches an der scheinbaren Übergangsstelle in die elastinfreie Geschwulst scharf abschneidet, dafs wir es also mit verschieden gebauten Geweben zu thun haben. Würde der Tumor einfach die Fortsetzung der wuchernden Balghüllen sein, so müfste er doch dasselbe Gewebe aufweisen, wie diese, oder wenigstens müfste der Übergang des elastinhaltigen in das davon freie Gewebe ein allmählicher, nicht so scharfer sein wie hier.

Somit erscheint — von dem positiven Nervenfaserbefund im Tumor schon abgesehen — es völlig ausgeschlossen, dafs die gewucherte Balghülle den Anfang des Geschwulstgewebes darstellt. Vielmehr wird man diese Wucherung als eine sekundäre auffassen müssen, und zwar nicht als eine Umwachsung der Follikel mit Geschwulstmasse im Anschlufs an in demselben verlaufende Nervenverästlungen im Sinne v. Recklinghausens, denn dann müfste das Gewebe um den Follikel denselben Bau aufweisen wie der Tumor, sondern als eine reaktive. Ob nun der Reiz zur Wucherung durch das Andrängen der Geschwulst gegeben war, oder derselbe aus dem Inneren der Follikel stammte, wo der mikroskopische Befund auf Entzündungserscheinungen hindeutet (Detritus, Bakterien), läfst sich schwer entscheiden. Ist letzteres der Fall, so würde auch die Angabe des Patienten, dafs die Knoten sich an Stelle abgeheilter Akneknötchen gebildet haben, nicht als ganz belanglos zu übergehen sein. Ja, wir würden dadurch auf den Gedanken geführt, dafs, wenn auch die Balghüllen als Ausgangspunkte der Geschwulst auszuschliefsen sind, man doch den entzündlichen Vorgängen in ihnen vielleicht die Rolle eines veranlassenden Moments einräumen könnte. Dafür würde sprechen, dafs die in den Tumormassen liegenden Follikel fast in allen Schnitten entzündliche Veränderungen aufweisen. Die Follikelentzündung würde dann eine Art Trauma darstellen, und in der Litteratur finden sich mehrere Angaben, wo ein Trauma die Veranlassung zur Neurofibrombildung — bei dazu disponierten Individuen natürlich — gegeben hat. (Desnos 1872, Delore 1896, Dor 1897, Feindel 1896, Adrian 1901, Anderson, Volkmann u. a.)

Ob der Vorgang sich in dieser Weise abgespielt hat, oder vielleicht einfach gelegentlich die durch ihre Lage leichter Reizungen ausgesetzten Comedonen vereiterten und der Tumor dann weiter wuchs, dem Patienten „post hoc, ergo propter hoc“ vortäuschend, läfst sich schwer bestimmen. Es käme darauf an, was das Primäre ist: Tumoren oder Comedonen. Da hier auf der anscheinend normalen Haut keine Comedonen zu finden sind, diese vielmehr am deutlichsten in den gröfseren Knoten hervortreten, so dürfte wohl eher ersteres anzunehmen sein.

Wie kommt es aber zur Comedonenbildung gerade auf den Geschwülstchen? Wir wissen, dafs die Neigung zu Comedonen hauptsächlich in der Pubertät und bei kachektischen Individuen besteht. Da in unserem Falle ausgesprochene Zeichen der Kachexie vorhanden sind, so wäre es am einfachsten, die Erscheinung darauf zurückzuführen. Doch damit ist nichts gesagt. Eine Erklärung haben wir dadurch nicht, und wir müssen eine andere suchen. Wenn wir uns vor Augen halten, dafs nach den Untersuchungen Bauers die Talgdrüsen in lockerem widerstandslosen Gewebe sich stark entwickeln und eine beerenförmige Form annehmen (Rabl), während sie dort, wo ihnen Widerstände entgegenstehen, langgezogen, dünn sind, so werden wir unwillkürlich daran denken müssen, dafs, wenn die Talgdrüsen, wie in unserem Falle, statt in straffem, elastinhaltigem Gewebe, in das weiche, schlaffe und elastinlose Tumorgewebe zu liegen kommen, hier die Verhältnisse zu einer stärkeren Entwickelung gegeben sind. Wo aber die Talgdrüsen gut entwickelt sind, produzieren sie mehr Sekret und da kann es gegebenen Falls auch zu stärkerer Stauung kommen, d. h. zur Bildung von Comedonen. Doch dieser Auffassung treten von vornherein insofern Bedenken entgegen, als wir gesehen haben, dafs die weiche Geschwulstmasse doch so viel Kraft in ihrem Wachstum entfaltet, dafs sie das elastische Gewebe der Cutis vor sich herdrängt, also durchaus nicht so widerstandslos ist, wie es auf den ersten Eindruck scheinen möchte. Auch erscheint die Annahme einer sekundären stärkeren Talgdrüsenentwickelung unwahrscheinlich.

Vielmehr glaube ich den Grund für die Comedonenbildung in den mechanischen hier gegebenen Verhältnissen suchen zu müssen. Der Tumor umgreift in seinem Wachstum die ihm im Wege stehenden Talgdrüsen und Follikel, drängt das Elastinnetz vor sich hin und preſst es an den schmäleren Ausführungsgängen der Talgdrüsen zusammen. Dadurch entsteht, wenn nicht eine Kompression, so eine Knickung des Ausführungsganges, welche sekundär eine Stauung des Sekretes zur Folge hat. Die mikroskopischen Bilder rechtfertigen in gewissem Mafse diese Auffassung. Somit hätten wir folgendes Ergebnis in Bezug auf die Talgdrüsen und Follikel:

1. Die Wucherung der Balghüllen ist eine sekundäre.

2. Die Entzündungserscheinungen in den Follikeln können die Rolle eines Traumas gespielt haben, welches das Wachstum der Tumoren beschleunigte.

3. Die Bildung der Comedonen in den Tumoren ist wahrscheinlich auf eine Verlegung der Ausführungsgänge durch das vom Tumor verdrängte elastische Fasernetz zurückzuführen. Soweit die histologischen Eigentümlichkeiten.

Klinisch interessant sind in dem beschriebenen Falle die Anzeichen erblicher Veranlagung zu Hautanomalien, die ja von zahlreichen Autoren und jüngst von ADRIAN bei einem Vater und drei Kindern beschrieben worden sind. Wenn auch bei den Kindern meines Patienten noch keine Neurofibromknötchen zu finden sind, so deuten doch die anderen Hautveränderungen darauf hin, dafs diese zu erwarten sind. Weiterhin fällt auf das Fehlen von Neurofibromen an den Nervenstämmen, welches nach der Statistik von ALEXIS THOMSEN in der Mehrzahl der Fälle vorhanden sind, ferner der Mangel psychischer Defekte, einer sehr häufigen von einigen Autoren als typisch angesehenen Komplikation (HEBRA). Dafür haben wir hier ein (anscheinend angeborenes) vitium cordis (bis jetzt drei Mal bei der Krankheit beobachtet), sowie Anzeichen einer beginnenden Lungentuberkulose (bisher elf Beobachtungen) und kachektischen Zustand. Ferner ist hervorzuheben das Jucken, welches nur von PHILIPPSON 1893 und BARDACH 1886 hierbei erwähnt wird.

Litteratur.

v. RECKLINGHAUSEN, Über die multiplen Fibrome der Haut und ihre Beziehung zu den multiplen Neuromen. Berlin 1882.

KRIEGE, Über das Verhalten der Nervenfasern in den multiplen Fibromen der Haut und in den Neuromen. *Virchows Archiv.* 1887. No. 108.

LAHMANN, Die multiplen Fibrome und ihre Beziehung zu den Neurofibromen. *Virchows Archiv.* No. 101.

A. PHILIPPSON, Beitrag zur Lehre vom Fibroma molluscum. *Virchows Archiv* No. 110.

E. DELBANCO, Neurofibrom. *Eulenburgs Realencyklopädie.* Bd. XVII. 1898.

BIRCH-HIRSCHFELD, Fibroma. Ebenda. Bd. VII.

ALEXIS THOMSEN-Edinburg, *Monatsh. f. prakt. Derm.* Ref. XXXI. No. 10. S. 490.

WINFIELD, ebenda. Bd. XXXI. No. 12. S. 575.

L. FEINDEL und R. OPPENHEIM, Ref. *Derm. Centralbl.* Bd. II. No. 55. S. 149.

BIQUET und CHERIGIÉ, ebenda. Bd. II. S. 302.

G. STRUBE, Ref. *Derm. Centralbl.* Bd. III. S. 210.

HELLER, ebenda. Bd. III. S. 157.

M. JOSEPH und G. LOEWENBACH, *Dermatohistolog. Technik.* 1900.

H. RABL, Histologie der normalen Haut. *Mračeks Handbuch der Hautkrankheiten.* Bd. I. 1901.

S. EHRMANN, Funktionsanomalien der Talgdrüsen etc. *Handbuch der Hautkrankheiten.* Bd. III.

Zenthoefer, Topographie des elastischen Gewebes der normalen menschlichen Haut. *Dermatol. Studien.* Bd. XIV. 1892.

E. Secchi, Zur Topographie des elastischen Gewebes der normalen menschlichen Haut. *Archiv f. Derm. u. Syphilis.* Bd. XXXIV. 1896.

Heuss, Atrophia Maculosa cutis. *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XXXII. S. 69.

Collina, Die elastischen Fasern in Tumoren. *Morgagni* No. 6. Ref. nach *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. XXXIII. No. 12.

Herbert U. Williams-Buffallo, Untersuchung über die Neubildung elastischer Fasern, besonders in dem Stroma von Carcinomen. Ref. ebenda. S. 642.

C. Adrian, Über Neurofibromatose und ihre Komplikationen. *Beitr. zur klin. Chirurgie.* XXXI. I. 1901.

Heidingsfeld, Ein Fall von Neurofibromen etc. *American Journal of Derm. and genito-urinary diseases.* 1900. No. 4. Ref. *Monatsh. f. prakt. Derm.* XXXI. 8. S. 393.

K. Bauer, Beiträge zur Kenntnis der Talgdrüsen der menschlichen Haut. *Morpholog. Arbeiten.* Bd. 3.

Joseph, *Lehrbuch der Hautkrankheiten.* 1898.

Ein Fall von multipler circumskripter Sklerodermie.

Von

Dr. W. B. Warde-Tunbridge-London.

Als ich in Hamburg in der Unnaschen Klinik arbeitete, hatte ich Gelegenheit, den nachher von Westberg (*Monatsh. f. prakt. Derm.* 1901, Bd. XXXIII, No. 7, S. 355) beschriebenen Fall „von mit weifsen Flecken einhergehender, bisher nicht bekannter Dermatose“ zu beobachten. Im April 1902 stellte Dr. Abraham in der Dermatological Society of Great Britain and Ireland einen Fall zum Diagnostizieren vor, der in manchen Einzelheiten eine frappante Ähnlichkeit mit dem Unnaschen Falle darbot, während in anderen Beziehungen Verschiedenheiten zu konstatieren waren. Bei der Jahresversammlung wurde derselbe wiederum vorgestellt und konnte von Herrn Dr. Unna, der zugegen war, untersucht werden. Er erkannte an, dafs einige der frühen Läsionen den bei seinem Falle konstatierten ähnlich waren, die späteren Erscheinungen dagegen bezeichnete er als Eigentümlichkeiten des englischen Falles, welche bei dem seinigen gar nicht vorhanden gewesen seien.

Es dürfte sich empfehlen, die beiden Kranken mit einander zu vergleichen. Bei dem Unnaschen Falle handelte es sich um ein 11jähriges Mädchen. Die Dauer des Ausschlags betrug 1½ Jahre. Das Kind zeigte etwas Urticaria factitia. Die Affektion war auf den Rumpf beschränkt und bestand aus hanfkorn- bis bohnengrofsen, kalkartig weifsen Erhebungen, welche gewissermafsen aus der Tiefe der Haut emporragten.

In histologischer Beziehung fanden sich 1. Hypertrophie des Kollagens; 2. eine intensivere Färbung an den den Flecken entsprechenden Teilen bei Verwendung von Methylenblau und Fuchsin; 3. zahlreiche Mastzellen.

Dr. Abrahams Fall: Patientin war eine 31jährige verheiratete Frau. Die Anamnese ergab eine starke phthisische Belastung väterlicherseits. Vor zwei Jahren erkrankte Patientin an Pneumonie, von der sie aber sich vollständig erholte, so dafs sie sich jetzt einer besseren Gesundheit als früher erfreut. Sie hat zwei Kinder, von denen das ältere sieben Jahre, das jüngere erst neun Monate alt ist. Der Ausschlag besteht seit einem Jahr. Derselbe zeigte sich zuerst an den Armen drei Monate vor der Geburt des Kindes. Aufserdem litt sie unmittelbar vor ihrer Niederkunft nachts an einem heftigen Juckreiz am ganzen Körper, wobei die Haut gerötet war, aber keine Quaddeln aufwies.

Status praesens: Zarte Frau von nervösem Habitus; die Kopfhaut zeigt eine ausgesprochen fettige Seborrhoe. Die Haare lichten sich stark und werden schnell grau. Von Lupus erythematodes keine Andeutungen. Die Affektion ist auf dem Rumpfe und den Extremitäten lokalisiert, und zwar findet sich eine Läsion oberhalb des linken Schlüsselbeins, eine im Nacken, etwa zwölf vorne an der Brust und ungefähr eben so viele längs der Wirbelsäule; ferner vier bis fünf auf dem Abdomen und etwa 20 an den Unterarmen und Oberschenkeln, sowie einzelne an den Unterschenkeln unterhalb der Kniee.

Klinisch treten die Läsionen in drei Stadien hervor. Das erste entspricht genau dem Zustand bei dem Unnaschen Falle. Man sieht hanfkorn- bis bohnengrofse, erhabene, weifse Papeln von runder oder ovaler Form, welche wie in die Haut eingelassen aussehen. Auf Druck geben sie die Empfindung eines leichten Widerstandes. Nur ein geringfügiger Unterschied ist zu erwähnen: Vorne auf der Brust liegen mehrere kleine Papeln zusammengehäuft und lassen weifse Fortsätze ausstrahlen, welche sich zu einem undeutlichen, kreidigweifsen Netzwerk vereinigen, genau wie man es bei „kartenblattartigem“ Sklerodermа in den Anfangsstadien sieht. Ich erinnere mich nicht, beim Unnaschen Falle etwas ähnliches gesehen zu haben. In diesem Falle waren die verschmelzenden Papeln unzweifelhaft perifollikulär, und die Follikel waren viel stärker entwickelt als bei dem Kinde.

In jeder anderen Hinsicht pafst die gleiche Beschreibung auf beide Fälle.

Das zweite Stadium erscheint in Gestalt von exquisit ringförmigen Läsionen, welche in jedem einzelnen Falle die gleichen waren. Das Centrum der früheren Papel erleidet eine Einziehung und hat alsdann als Umgebung eine schmale, hochrote Zone, an der dilatierte Blutgefäfse, ebenso wie an der roten Zone bei Lupus erythematodes, deutlich zu sehen

sind. Jede einzelne Läsion mifst nicht viel mehr als 1/8 Zoll im Durchmesser. Im Vergleich zum roten Rande erscheint das Centrum intensiv weifs. Aufserhalb der roten Zone sinkt die Papel allmählich ein und geht unmerklich in die gesunde Haut über. Wenn man sie reibt, schwellen alle diese Läsionen auf. Sie entstehen nach der ganz bestimmten Aussage des Patienten sämtlich als weifse Papeln und nehmen erst später die rote Färbung an.

Als drittes Stadium sieht man kleine ovale oder runde, feste, rote Plättchen, welche innerhalb der Cutis sitzen und von glattem Epithel bedeckt sind. Sie lassen sich auf den darunter befindlichen Schichten frei hin und her bewegen. Lokalisiert sind sie auf dem Abdomen und an dem einen Unterschenkel vom Knie abwärts. Ihr Umfang beträgt etwa 1/4 Zoll im Querdurchmesser. Abgesehen von ihrer geringen Gröfse sind sie den viel gröfseren, harten, roten Plaques, denen man bei Sklerodermie so oft begegnet, sehr ähnlich.

Das Endstadium ist von dem ersten insofern verschieden, als die Plaques rot anstatt weifs, glatt anstatt konisch sind, und dafs sie sich erheblich härter anfühlen.

Durch die Güte von Dr. Abraham und mit der Einwilligung der Patientin war es mir gestattet, je eine Papel aus dem Anfangs- und dem Mittelstadium zu excidieren. Ich möchte an dieser Stelle Herrn Dr. Abraham auch meinen besten Dank aussprechen für die Erlaubnis zur Benutzung der Aufzeichnungen über diesen Fall.

Die excidierten Stücke wurden in Alkohol gehärtet und in Celloidin eingelegt.

Die Läsion aus dem Anfangsstadium: Dieselbe war eine kleine, weifse, konische Papel, etwa von der Gröfse eines Hanfkorns. Die Mitte zeigte eine minimale Delle, aber keinerlei Andeutung von Rötung. Die Einzelheiten des Präparates sind wie folgt:

1. Epidermis: Dieselbe ist nicht wesentlich beteiligt. Es fand sich eine derbe, dicke Hornschicht (das Stück war aus dem Vorderarm entnommen). Die Körnerschicht war scharf ausgeprägt und bestand aus zwei Reihen Zellen. Die Stachelschicht war meistenteils normal. An einer bestimmten Stelle sah man bei vielen Präparaten ein Wuchern der basalen Zellschicht, an deren Stelle sich dicht gedrängte, polygonale Zellen mit sehr zerklüfteten Konturen auf der der Cutis zugekehrten Seite fanden. Als eine recht markante Eigentümlichkeit ist die unregelmäfsige Dicke hervorzuheben, indem manche Teile wesentlich stärker als die anderen waren. Ferner bestand eine erhebliche Abplattung des Papillarkörpers. Im ganzen kann man sagen, dafs die Veränderungen an der Epidermis unbedeutend waren, und man hatte den Eindruck, dafs dieselben Folgen der Cutisabnormität waren.

2. Papillarkörper und Cutis. Die Hauptveränderungen betreffen, wie es scheint, den Papillarkörper und die unmittelbar darunter befindliche oberste Schicht der Cutis. Zum Teil sind diese Abnormitäten Strukturveränderungen, der Hauptsache nach betreffen sie aber die Färbeverhältnisse und deuten auf chemische Störungen hin. Es besteht eine offenbare Vermehrung der spindelförmigen Bindegewebszellen. Dieselben lassen mit polychromer Methylenblaulösung ein feines Spongioplasma erkennen und entsenden zahlreiche Fortsätze zwischen die kollagenen Bündel hinein. In einigen Fällen färben sich diese spongioplastischen Fortsätze tief blau, und man erkennt dann, wie lang und fein entwickelt sie sind. Thatsächlich scheint es eine Neubildung von jungem Bindegewebe gegeben zu haben, durch das die Lymphräume ausgefüllt werden. An frisch geschnittenen und sofort gefärbten Präparaten nimmt dieses neue Gewebe eine wunderschöne rote Färbung an, wie auch offenbar die elastischen Fasern in der Umgebung ebenfalls. An Schnitten, die eine Zeitlang in Alkohol gelegen haben, sieht man dies allerdings nicht, dagegen war dies Verhalten an zwei Präparaten, die mehrere Tage in Wasser gelegen hatten, zu erkennen. Wenn die Schnitte eine Zeitlang fertig aufbewahrt worden sind, findet man, dafs die rote Farbe wieder verschwindet.

Dieses neue Gewebe ist an Schnitten, die mit Säure-Fuchsin und Pikrinsäure gefärbt sind, auch gut zu erkennen, da es sich mit letzterer gut färbt.

Das Elastin ist gut erhalten und, wie zu erwarten war, sehr reichlich vorhanden. An allen Präparaten, selbst an den mit Polychromblau und Glycerinäther gefärbten, sind die Fasern deutlich und sogar in ganz ungewöhnlicher Weise erkennbar. Man hat den Eindruck, als ob sie eine kleine Menge von dem basischen Farbstoff aufgenommen hätten, und einige von den Fasern sind wie aufgeschwollen.

Mastzellen finden sich in nur sehr geringer Zahl.

Die oberflächlich gelegenen Blutgefäfse sehen gestreckt und verengt aus; einige sehen wie blofse Fäden aus. In struktureller Hinsicht ist weiter nichts zu erwähnen, aufser, dafs die Perithelien vermehrt sind. Aber weiter nach unten hin zeigen die Gefäfse ein gröfseres Kaliber und sind von einer erheblichen, sehr lose geschichteten Zellinfiltration umgeben.

Namentlich ist dies in der Nähe der Knäuel der Fall, aber auch, wenngleich in viel geringerem Grade, in der Nähe des unteren Teils der Follikel. Die Zellen sind zum gröfsten Teile klein und haben einen intensiv gefärbten Kern und wenig Protoplasma; aber an dem Randgebiet der Ansammlung sieht man auch einige unzweifelhafte Plasmazellen. Die Lymphräume sind weit, so dafs das Aussehen dieser Zellanhäufungen nicht so dicht ist, wie man dies zu sehen gewohnt ist.

Bei allen Schnitten machte mir das Entfernen der blauen Färbung erhebliche Schwierigkeiten. Es bestand, möchte man sagen, eine ausgesprochene Basophilie. Besonders aber trat dies an den mit Polychromblau und Säure-Fuchsin-Tannin gefärbten Schnitten hervor. An diesen färbten sich einzelne Stellen der Epidermis und der gesamte daran grenzende Papillarkörper intensiv blau und liefsen sich nicht wieder entfärben. Das gleiche Verhalten zeigte das Kollagen in der Umgebung aller Gefäfse. Es schien, als ob ein fibrinöses Exsudat aus den Gefäfsen ausgetreten wäre und zugleich die Epidermis in der Mitte der Papel infiltriert habe.

Die ältere (zum Zwischenstadium gehörige) Papel.

Es gelang mir, zwei nebeneinanderliegende, ringförmige Gebilde zu excidieren. Jedes betrug etwas mehr als 3 mm (1/8 Zoll) im Durchmesser. Jede Papel zeigte eine weifse, untertassenförmige Einziehung im Centrum, mit einer umgebenden engen, hochroten Zone.

Die dabei konstatierten Erscheinungen stimmen durchaus mit der von UNNA in seiner Histopathologie gegebenen Schilderung von Sklerodermie en plaques überein. Ich kann also auf eine längere, detaillierte Schilderung verzichten. Man sieht zunächst einen flachen Bezirk, der den Papillarkörper und die angrenzende Cutis umfafst und so aussieht, als sei er mit einem scharfen Rande in die Haut eingefügt. Im Centrum hat sich eine derbe Platte gebildet aus horizontalen Kollagenfasern, die durch neugebildetes, zerklüftetes Bindegewebe auseinandergehalten werden. Letzteres scheint die Stelle der Lymphräume eingenommen zu haben und färbt sich anders als das Kollagen. Daneben weist letzteres auch neugebildete, enge Gefäfse auf. Die Bindegewebszellen, welche in der Frühpapel und dem Rande der späteren so zahlreich vorhanden waren, sind fast total verschwunden. Nur einzelne wenige sind übrig geblieben, teils als nackte Kerne, teils mit einem kleinen Anhängsel von Protoplasmastückchen. Im Centrum sind die Gefäfse gröfstenteils verschwunden. Das Elastin ist noch vorhanden, wenn auch in atrophischem Zustande, was auch bei den Muskelbündeln in ganz eigentümlicher Weise der Fall ist. In der Umgebung dieser Stelle besteht auch noch eine erhebliche Zellanhäufung, die in der Umgebung der Follikel und der Ausführungsgänge am dichtesten auftritt, ohne indessen irgendwie ausschliefslich auf diese Teile beschränkt zu sein. Die Zellen sind klein, mit tief gefärbten Kernen und geringem Protoplasma. Mehrere derselben sind spindelförmig und stehen offenbar in Beziehung zu den in den Zwischenräumen zwischen den Anhäufungen so zahlreich vorhandenen Bindegewebszellen. Die Zellhaufen sind ebenso wie in der Frühpapel locker gefügt und haben grofse Lymphräume. Aufserhalb der randständigen Zellanhäufung findet man genau die gleichen Verhältnisse wie im Centrum der Frühpapel,

dieselbe Vermehrung von grofsen Bindegewebszellen nebst Entwickelung von neuem, rotgefärbten Gewebe, sowie die gleiche Blaufärbung in der Umgebung der Gefäfse und die gleiche Blaufärbung der elastischen Fasern.

Allem Anschein nach hat die Läsion eine zentrifugale Tendenz. In der Epidermis und dem angrenzenden Teil der Cutis sind die Veränderungen sehr ausgesprochen. Im Centrum ist die Stachelschicht bis auf ein paar platte Zellen geschwunden, indem der gröfsere Teil eine Verhornung erlitten hat, so dafs eine dicke Hornplatte entstanden ist. Genau in der Mitte sieht man absolut gar keine Körnerschichte, sonst jedoch ist dieselbe meist drei bis vier Lagen tief. Der Rand der Cutis weist degenerierte Zellmassen auf, sowie unregelmäfsige, in unmittelbarer Berührung mit dem Epithel stehende Lymphräume. Der Papillarkörper ist total abgeplattet. Beim Übergang vom Centrum nach der roten Randzone hin bemerkt man, dafs die Epidermis viel dicker wird, dafs die Papillen wie kleine kuppelförmige Erhebungen hervortreten, während die Basalzellen, die im Mittelteil vollständig fehlten, das gleiche Wuchern zeigen, wie in der Frühpapel.

An der Stelle, wo die Zellanhäufung in der Cutis hervorzutreten anfängt, sieht man eine ausgesprochene Dilatation der Papillargefäfse und der Lymphräume, sowie eine Gröfsenzunahme der Lymphwege in den unteren Schichten der Epidermis.

Es ist nicht möglich, den Nachweis zu liefern, dafs die kleine Papel identisch ist mit derjenigen im Unnaschen Falle. Sicher ist, dafs der vorliegende Fall eine Weiterentwickelung durchgemacht hat, die weder klinisch noch histologisch im Unnaschen Falle konstatiert wurde, und dafs die Anfänge derselben schon an der kleinen Papel sich bemerkbar machen. Aber selbst wenn man die Identität beider Fälle gelten lassen wollte, so bieten meine Präparate keinerlei Erklärung für den Ursprung der Affektion.

Ich habe durchaus den Eindruck gewonnen, ohne indessen weitere Beweise beibringen zu können, dafs im Uranfang beide Krankheiten Erscheinungen desselben Krankheitsprozesses waren, und dafs die weiteren Vorgänge bei meinen Präparaten aufzufassen sind als das Bestreben der Natur, das Leiden durch Umwandlung des Krankheitsgebiets in Narbengewebe zu beseitigen. Findet man doch viele ähnliche Vorgänge bei manchen atrophierenden Prozessen, wie z. B. Lupus erythematodes, Acne atrophicans und Sklerodermie. Es scheint, als ob von vornherein eine gewisse chemische Störung an der Umgebung der Blutgefäfse stattgefunden hat. Auf diese folgt ein Anwachsen der zur Gewebsentwickelung führenden Zellen und von neugebildetem Bindegewebe, das alsdann die Lymphwege verstopft, die Gefäfse komprimiert und die Ernährung des betreffenden Teiles stört.

Ein weiteres Stadium stellt an meinem Falle die partielle Umwandlung des Ganzen in Narbengewebe dar, und man hat guten Grund, anzunehmen, dafs, je vollständiger diese Umwandlung ist, dementsprechend eine um so gründlichere Heilung sich vollzogen hat, mag das Endergebnis der Atrophie nachher sein, welches es wolle. Indessen thut man gut, nicht allzu weitgehende Schlüsse aus einer derartigen Beobachtung ziehen zu wollen, denn diese Veröffentlichung ist mehr wegen der Seltenheit der Affektion, als wegen der daraus gewonnenen Aufklärung mitgeteilt worden.

Besonderes Interesse aber bietet der Fall durch die eigentümliche Übereinstimmung in dem einen Stadium mit der UNNAschen Beobachtung.

(Übersetzt von Dr. PHILIPPI-Bad Salzschlirf.)

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1902. Band 62, Heft 1.

I. **Über gewebliche Einschlüsse in Plattenepithelkrebsen, vornehmlich der Haut, nebst Bemerkungen über das Krebsgerüst**, von KARL ZIELER-Breslau. Trotz der zahlreichen Arbeiten über bösartige epitheliale Neubildungen findet man doch nur wenige Angaben über das Krebsgerüst, über die Entstehung und Zusammensetzung desselben, sowie über das Schicksal des ursprünglichen Gewebes. Verfasser will deshalb im folgenden an der Hand der einschlägigen Litteratur und der an zahlreichen Krebsen der Haut gefundenen Ergebnisse besonders die Herkunft und das Verhalten der in Krebskörpern sich findenden mesodermalen und ektodermalen Einschlüsse genauer untersuchen und dabei namentlich das elastische und leimgebende Gewebe, dann auch das Verhalten der glatten und quergestreiften Muskelfasern, des Knorpels, der Nervenbündel, Schweifsdrüsen und andere Bestandteile der Haut und des ihr benachbarten Gewebes in den Bereich der Betrachtungen ziehen. Als Untersuchungsobjekte dienten dem Verfasser 30 Hautkrebse, sowie ein Zungenkrebs, sämtlich aus dem Göttinger pathologischen Institut.

Bei allen untersuchten Oberflächenepithelkrebsen der Haut wurden elastische Elemente in Epithelmassen eingeschlossen vorgefunden. Die Fasern liegen in den Krebskörpern meist frei zwischen den Epithelzellen. Besonders zahlreich und gut erhalten sind sie in Krebsen mit ausgedehnter Verhornung oder hyaliner Degeneration des Epithels.

Aufser den intercellulär liegenden elastischen Fasern beobachtet man auch Stücke im Leibe von Krebszellen. Nach der Ansicht des Verfassers handelt es sich bei den in Krebskörper eingeschlossenen Elementen um Reste des ursprünglichen elastischen Gewebes. Er nimmt an, dafs in dem neugebildeten weichen Gerüst die elastischen Fasern als verhältnismäfsig starre und feste Elemente liegen bleiben, dafs die wachsenden Epithelzapfen das junge Bindegewebe zwar zerstören und verdrängen, an den elastischen Fasern einen stärkeren Widerstand finden, sie umwachsen und so

einschliefsen. Nur eine Art von Hautkrebsen, welche Krompecher als „drüsenartige Oberflächenepithelkrebse“ von den anderen abtrennen will, verhält sich etwas anders. Sie entstehen durch Wucherung der Cylinderzellenschicht des Epithels und zwar nur dieser und verhornen infolgedessen nie. Durch ihr Wachstum verdrängen sie im Beginn nur das ursprüngliche Gewebe. Das elastische Gewebe erscheint an der Peripherie zusammengedrängt und fast vollkommen erhalten.

Ähnlich wie die elastischen Fasern verhalten sich die leimgebenden Fasern, man findet sie ebenso häufig in den Krebskörpern und zwar gleichfalls zwischen die Zellen gelagert, allerdings in weit geringerer Menge, weil das leimgebende Gewebe eine geringere Widerstandskraft, als das elastische, zeigt und dem Andringen der Krebselemente leichter unterliegt. (Fortsetzung folgt.)

II. **Zur Kenntnis der strichförmigen Erkrankungen**, von J. Bertamini-Graz. Der Verfasser beschreibt einen Fall bei einer 46 Jahre alten Frau. Die Affektion, welche im Januar 1901 begann, ist nur auf der linken Körperhälfte und zwar am Bauche, an der Lendengegend und unteren Extremität lokalisiert. Man sieht an der linken Seite des Abdomens, unterhalb des Nabels beginnend, eine unscharf begrenzte, handbreite Plaque, die durch mehr oder weniger deutliche Pigmentflecke und einzelne zerstreut stehende, mit Blutkrüstchen besetzte, hirsekorngrofse, derbe Knötchen gebildet wird. Gegen die Lendengegend verdichtet sich diese Plaque zu einer schärfer begrenzten Linie, die gegen die vordere Axillarlinie aufsteigt und hier sich in zwei nach rückwärts und unten, gegen die Spina anterior superior ziehende, ziemlich parallel verlaufende etwa $^1/_2$ cm breite Streifen auflöst. Ausläufer dieser Streifen befinden sich am Rücken. An der linken unteren Extremität verläuft ein 1—2 cm breiter Streifen von der Mitte des linken Labium majus beginnend über die innere Oberschenkelfläche am Unterschenkel entlang genau entsprechend der Voigtschen Linie hinab zum Malleolus internus, um mit Ausläufern in der Mitte des Fufses zu enden. Dieser Streifen setzt sich aus in Reihen oder in Gruppen angeordneten Knötchen zusammen, welche dieselbe Beschaffenheit zeigen, wie am Bauche. Die Farbe des Streifens ist bläulich, stellenweise bräunlichrot. Das Leiden verursachte namentlich im Beginn intensives Jucken.

Histologisch erweist sich die Affektion als Akanthose, als deren erster klinischer Ausdruck wohl die Lichenifikation anzusehen ist. Die Wucherung der Stachelzellenschicht gab den Boden für die Entwickelung der übrigen Erscheinungen ab. Da in allen Serienschnitten konstant eine Verbindung der Efflorescenzen mit den Schweifsdrüsenausführungsgängen nachweisbar war, so darf wohl eine Beziehung zwischen beiden angenommen werden, wenngleich sich nicht mit Bestimmtheit sagen läfst, welche Rolle die Schweifsdrüse in der Pathogenese der einzelnen Efflorescenzen spielt. Vielleicht hat Stauung des Schweifses die Causa movens für die Veränderungen in der Epidermis abgegeben. Man kann sich vorstellen, dafs der in den Ausführungsgängen angestaute Schweifs in den Papillarkörper übertritt, hier eine mäfsige Entzündung, und in Verbindung mit dieser intercelluläres Ödem in den tieferen Schichten des Rete hervorruft, wobei es schliefslich zur Bläschenbildung auf dem Wege der „Spongiose“ kommt.

Die Lichenifikation bildet ein hervorstechendes, die Diagnose und die Bezeichnung bestimmendes Symptom.

III. **Naevusstudien**, von Magnus Möller-Stockholm. Der Verfasser teilt drei Fälle von Naevi mit, die zweifellos den Ausgangspunkt von gutartigen Neubildungen abgegeben haben.

Im ersten Falle handelte es sich „um einen systematisierten, unilateralen, weichen, verrukösen Naevus an der Brust und im Gesicht; histologisch wurde (im

Tumor des Gesichts) ein offenbarer Zusammenhang zwischen den Zellnestern im Corium und dem Rete Malpighii vorgefunden; aufserdem eine abnorm grofse Anzahl zum Teil sehr grofser Talgdrüsen".

Beim zweiten Falle bestand der Tumor (isoliert im Gesicht) „im wesentlichen aus einer Sammlung abnorm grofser, sonst aber normaler Talgdrüsen; weit weniger hervortretend waren hier die Zellnester, deren Zusammenhang mit dem Rete auch hier demonstriert werden konnte".

Im dritten Falle handelte es sich um „einen unilateralen, harten, lichenoiden Naevus am Penis und Scrotum; die besonderen Efflorescenzen bestanden aus einer einzigen kolossal grofsen Talgdrüse mit einer parakeratotischen Epithelproliferation, welche ihren Sitz hauptsächlich im Ausführungsgange hatte."

Aus den an der Hand der einschlägigen Litteratur angestellten Betrachtungen über Naevi und multiple, benigne Hauttumoren ergiebt sich, dafs klinisch zusammengehörige Affektionen wegen ihrer pathologisch-anatomischen Verschiedenheiten die mannigfaltigsten Namen erhalten haben. Verfasser möchte jedoch folgend der Benennung, die Kaposi dem zuerst von ihm beschriebenen Falle beigelegt hat, alle diese Fälle unter der anatomisch nichts präjudizierenden Bezeichnung „Naevus tuberosus multiplex" mit dem Zusatz „epitheliomatodes" oder „endotheliomatodes" oder „sebacei", „sudoripari" etc. zusammenfassen. (Schlufs folgt.)

IV. **Über die Histologie der Chlorakne,** von W. Bornemann-Frankfurt a. M. Im Deckepithel findet man bei der Chlorakne eine an verschiedenen Stellen verschieden stark ausgesprochene Hyperkeratose, Vermehrung der Zellen der tieferen Schichten, namentlich des Rete Malpighii, dementsprechend Kernteilungen in vermehrter Anzahl, einkernige und mehrkernige Leukocyten besonders in den tiefsten Epithelschichten und ebenso reichliches Pigment.

Die hauptsächlichsten Veränderungen finden sich im Corium. Hier sieht man im bindegewebigen Teile Cysten, die ihrem vorwiegenden Inhalte nach sich unterscheiden lassen in Talgcysten, Horncysten und solche Cysten, welche neben Horngewebe ein mehr oder weniger starkes Leukocyteninfiltrat enthalten. Die Wandungen aller Cysten bestehen aus Epithel, das bei der letztgenannten Cystenform mannigfache Veränderungen erfahren hat.

Die Talgcysten sind sehr wahrscheinlich durch Retention des Sekrets in den Talgdrüsen oder in deren Ausführungsgängen mit konsekutiver Wucherung des Epithels entstanden. Die Aufsenfläche der Cystenwand ist zumeist von Bindegewebe umgeben, welches mit Rundzellen durchsetzt war. Eine eigentliche bindegewebige Kapsel war nicht vorhanden.

Die Horncysten sind ihrem Umfange nach kleiner als die Talgcysten, und liegen im allgemeinen höher und näher dem Deckepithel als die letzteren. Einen genetischen Zusammenhang der Horncysten mit Schweifsdrüsen liefs sich nicht nachweisen. Sicher war nur ihr Zusammenhang mit dem Oberflächenepithel.

Durch das An- und Eindringen von Rundzelleninfiltraten werden im weiteren Verlaufe die Cysten verändert und gehen bis auf wenige restierende Hornpartikelchen schliefslich unter. Dagegen konnte aus den Präparaten kein Aufschlufs darüber gewonnen werden, was aus den Infiltraten wird. Aus dem Befund von Riesenzellen in den untersten Teilen eines Infiltrates läfst sich vielleicht der Schlufs ziehen, dafs eine Resorption stattfindet.

Die Unterschiede in den histologischen Bildern der Jodakne und Chlorakne sind nach den vorliegenden Befunden sehr bedeutende.

V. **Zur Ätiologie des Carcinoms,** von Josef Schütz-Frankfurt a. M. Im Jahre 1885 hat der Verfasser seine Untersuchungen begonnen und ist auf Grund der-

selben hinsichtlich der Ätiologie des Carcinoms zu folgenden Ergebnissen gelangt: „Die Bildung der malignen Carcinomzellen erfolgt aus ursprünglich normalen Epithelien infolge einer Steigerung und Veränderung der Ernährung. Diese wird durch fortdauernde (mechanische, chemische) Reize, selten durch ein einmaliges Trauma verursacht.

Sie besteht aufser einer Steigerung der gewöhnlichen Ernährungsbedingungen in der Zuführung roter Blutkörperchen zu den Epithelien, welche in Protoplasma und Kerne eindringen.

Dies verursacht aufser einer Steigerung der Kernteilungen überhaupt ein gesteigertes Wachstum der Epithelien. Es kommt zur Bildung gröfserer Zellen, gröfserer Kerne und gröfserer Mitosen, die an einzelnen Stellen durch Asymmetrie und Pluripolarität bei der Teilung ihren gänzlich veränderten Habitus zeigen.

Der Übergang zwischen normaler Epithelzelle und Carcinomzelle ist für unsere jetzigen optischen und tinktoriellen Hilfsmittel ein allmählicher. Das stärkere Wachstum der Epithelien führt zu einer Änderung des statischen Zustandes der Gewebe, das in einer Lostrennung der Epithelien vom Bindegewebe, Einbüfsung der Epithelfasern, Vernichtung der feinen zum Epithel ziehenden elastischen Fasern, regellosen Gruppierung der Epithelzellen seinen Anfang nimmt.

Wo das die normale Gewebestatik regulierende elastische Fasernetz schon physiologisch gering und besonders in Anspruch genommen ist, wie an den Umschlagsfalten der Schleimhäute, den Ostien, oder wo es untergeht, wie im Alter, bei Rückbildung von Organen, in Narben, bei chronisch entzündlichen Vorgängen (Syphilis, Lepra, Tuberkulose, Lupus, Ulcera chronica), ferner wo es von vornherein fehlte, wie bei abgesprengten Keimen im Sinne Cohnheims (versprengten Epithelanlagen), endlich wo das Austreten von roten Blutkörperchen besonders leicht erfolgen kann (Endarteriitis, Atherom, subcutane Traumen), sind günstige Vorbedingungen gegeben zur Ernährungsform, welche maligne Zellen erzeugt.

Die genannte veränderte Ernährung erzeugt Zellen einer bleibend höheren Valenz, die durch relative und variable Gröfse ihrer Mitosen auffallen, in ihrer äufseren Kontur den Eindruck der geordneten Gewebestatik vermissen lassen, vielmehr ganz neuen Druckgesetzen sich anpassen, dem embryonalen Zustand sich nähern.

Die höhere Valenz äufsert sich darin, dafs die sie besitzenden Zellen das Nachbargewebe zur Druckatrophie bringen, eine reaktive Wucherung des Bindegewebes erzeugen und so selbst die härtesten Gewebe (Knochen) zerstören, endlich durch ihren Sauerstoffhunger rote Blutkörperchen anlocken und verzehren.

Sie schaffen sich so selbst immer wieder den disponierten Boden, und wuchern unaufhaltsam weiter. Der Aufbau der Neubildung aus roten Blutkörperchen erzeugt frühzeitig Anämie. Das zerfallende Organeiweis des geschädigten Gewebes steigert die Stickstoffausgabe, entkräftet, vermindert die Blutalkalescenz und führt schliefslich zu allgemeiner Intoxikation.

Aber auch ohne disponierten Boden werden die Krebszellen fertig, sobald einmal ihre höhere Valenz eingetreten.

Künstlich oder spontan auf ganz gesunde, widerstandsfähige Gewebe implantiert, wachsen sie weiter mit derselben verheerenden Übermacht wie am Ort ihrer Bildung.

Isoliert aus dem geordneten Zellverbande, in welchem jede Zelle von ihrer Hüllsubstanz beisteuert zur Verbindung aller Zellen untereinander, sind sie relativ wenig befähigt, bei ihrem raschen Wachstum eine eigene feste Hülle sich zu bilden. Weich, protoplasmatisch wie sie bleiben, erlangen sie die Fähigkeit zur Metastasenbildung und trotz ihrer Gröfse so enge Kapillaren durch ihre Dehnbarkeit zu passieren, welche für die kleineren, festeren Zellen des Mutterbodens unpassierbar sein würden."

VI. **Über Granulosis rubra nasi** (JADASSOHN), von WALTHER PICK-Prag. Verfasser fügt zu den bisher in der Litteratur publizierten Fällen dieser eigenartigen Affektion einen weiteren hinzu, der ein elfjähriges Mädchen betraf. Die Krankheit begann vor zwei Jahren mit leichter Rötung der Haut in der Mitte des Nasenrückens und dehnte sich bald nach unten und den Seiten aus. Dann fingen die befallenen Stellen an wieder abzublassen. Im Höhestadium der Erscheinungen machte sich sehr starkes Schwitzen an den ergriffenen Partien bemerkbar. Auch dieses liefs nach, ohne, ebenso wie die entzündlichen Erscheinungen, vollständig zu verschwinden. — Die Patientin ist schwächlich gebaut und schlecht genährt. Eltern und Geschwister sind gesund. Gegenwärtig zeigt sie an den Händen hochgradige Hyperidrose. Die Haut der Nase ist in einem dreieckigen Bezirk, dessen Basis der untere Rand der Nasenflügel bildet und dessen Spitze in der Mitte des Nasenrückens liegt, ergriffen. Sie erscheint intensiv gerötet, leicht infiltriert und mit zahlreichen Schweifsperlen besetzt, die weggewischt, sofort von anderen gefolgt sind. Innerhalb der geröteten Partien sieht man zahlreiche rote bis braunrote, nicht konfluierende, stecknadelspitz- bis hirsekorngrofse Knötchen, an denen die Schweifssekretion nicht nachweisbar war. Die Rötung verschwindet auf Fingerdruck vollständig, um beim Nachlassen desselben sofort wieder zu erscheinen. Die inneren Organe sind normal.

Die Affektion heilt unter PICKS 5%igem Ichthyolliniment und Salicylseifenpflaster allmählich ab. Die hochgradige Hyperidrosis blieb jedoch bestehen. Einige Zeit nach der Entlassung der Patientin aus der Behandlung, kehrte die Affektion wieder und trotzte seitdem hartnäckig jeder Therapie.

Die histologische Untersuchung ergab Befunde, die sich mit denen anderer Autoren deckte. Man findet im histologischen Bilde „nur die Anzeichen einer akuten Dermatitis (Erweiterung der Gefäfse, ödematöse Durchtränkung des Gewebes, kleinzellige Infiltration), welche bis auf die Lokalisation der Infiltrationsherde um die Schweifsdrüsenausführungsgänge gar nichts Charakteristisches bietet, und stellenweise Erweiterung der Schweifsdrüsenkanälchen".

Verfasser bespricht im folgenden die Differentialdiagnose und die Ätiologie der Affektion, für welche aller Wahrscheinlichkeit nach die Hyperidrosis einen ätiologischen Faktor abgiebt.

VII. **Über einen Fall von langdauernder zweiter Inkubationszeit bei Syphilis**, von NAPP-Duisburg. Verfasser hatte Gelegenheit einen Patienten, der im Oktober 1900 ein Ulcus durum acquiriert hatte, zu behandeln und in regelmäfsigen kurzen, höchstens vierzehntägigen Intervallen mehrere Monate hindurch zu beobachten. Die erwarteten sekundären Erscheinungen blieben jedoch aus. Im März 1901 erkrankte der Patient mit hohem Fieber und grauweifsen nicht abwischbaren Auflagerungen an den Tonsillen, an der Uvula und dem linken Gaumenbogen. Die Affektion wurde als genuine Diphtherie angesehen und mit Seruminjektionen behandelt. Nach einigen Tagen stiefs sich der Belag ab, dann stellten sich Gelenkschmerzen, starke Schweifse und an der Innenseite der Oberschenkel zahlreiche, stecknadelkopfgrofse Purpuraflecke ein. Das Fieber blieb andauernd hoch. Am zehnten Tage enthielt der Urin rote und weifse Blutkörperchen, zahlreiche Cylinder und reichlich Eiweifs. Der Patient genas vollständig von seiner Krankheit. Im Juli 1901 machte er eine Angina follicularis durch. Am 7. September zeigte er am Körper einen Ausschlag, der für Pityriasis rosea angesehen wurde und unter lauen Bädern, Einreibung mit 2%igem Salicyllanolin und Salicylpuder in fünf Tagen fast völlig verschwand. Am 16. September klagte Patient plötzlich über Schluckbeschwerden, am 20. September waren typische unverkennbare luetische Plaques an beiden Tonsillen sichtbar. Die Submaxillar- und Cervikaldrüsen waren geschwollen. Der Urin zeigte

seit der schweren Diphtherieerkrankung immer noch Eiweifsreaktion. Unter Injektionen mit salicylsaurem Quecksilber verschwanden alle Erscheinungen. Auch die Eiweifsprobe des Urins ergab von der zweiten Hälfte des Oktober an stets ein negatives Resultat. Im März 1902 hatte der Patient ein Luesrezidiv.

VIII. **Über einen Fall von Thyreoiditis nach Gebrauch von Jodkalium**, von Josef Szellei-Budapest. Die 24jährige Patientin acquirierte im November 1901 Lues. Nach einer vierwöchentlichen Inunktionskur bekam sie innerlich Jodkalium (5 : 100). Schon nach zwei Eßlöffeln schwoll unter Fiebererscheinungen, Schlingbeschwerden, starkem Jodschnupfen und Kopfschmerzen die Thyreoidea an. Die nur wenig schmerzhafte Anschwellung blieb bei anhaltender Temperaturerhöhung etwa acht Tage stationär, worauf sie zurückging und am zehnten Tage gänzlich verschwunden war. Atembeschwerden hatte die Geschwulst nicht verursacht. Der Verlauf dieser akuten Thyreoiditis war derselbe, wie bei der bacillären. Auch das klinische Bild war ein gleiches.

Dafs nach Jodkalium auch Schwellung der Drüsen auftreten kann, ist eine bekannte Thatsache. Neuerdings hat Fürth nach zwei Eßlöffeln Jodnatrium (5 : 150) unter hochgradigem Fieber akute Parotitis auftreten sehen. *C. Berliner-Aachen.*

Dermatologisches Centralblatt.

1902. No. 12.

Noch ein Fall von extragenitaler Syphilis, von J. S. Gouladze. Ein Soldat bekam eine Sklerose an der Lippe; ob durch Kufs oder durch Rauchen von Cigarettenresten anderer, war nicht zu ergründen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Dermatologische Zeitschrift.

Band IX. Heft 5. 1902.

I. **Über Hautaffektionen nach dem Gebrauche von Aureol**, von M. Wolters-Rostock. In einer Arbeit über „Haarfarbe und Haarfärbung“ (vergl. Referat in *Monatsh. f. prakt. Derm.* Bd. 24. S. 25) hatte Paul Richter das „Aureol“ als ein völlig unschädliches Haarfärbemittel empfohlen. Dasselbe enthält 1% Metol, 0,3% Amidophenolchlorhydrat und 0,6% Monoamidodiphenylamin aufgelöst in 50%igem Spiritus, dem 1—2% Natrium sulfurosum zugesetzt sind. Das Präparat wird von der Firma Schwarzlose Söhne in Berlin angefertigt und in kleinen Flaschen, die zu einer Färbung ausreichen, mit der nötigen Menge Wasserstoffsuperoxyd zum Preise von 1 Mark in den Handel gebracht. Die Haarfärbung geschieht nach Richters Angaben in der Weise, dafs zunächst das Haar mit warmer Soda- oder Seifenlösung gewaschen wird, dann mischt man gleiche Teile der Farbstofflösung und des Wasserstoffsuperoxyds, bringt etwas von dieser Mischung mittelst eines nur für diesen Zweck zu gebrauchenden Pinsels auf einen engen Kamm und durchkämmt damit das noch feuchte Haar, bis dasselbe von der Flüssigkeit vollständig und gleichmäfsig durchtränkt ist. Nach zwei bis drei Stunden ist das Haar dunkelbraun gefärbt. Wünscht man tiefschwarzes Haar, so wiederholt man die Färbung. Um hellere Nuancen zu erzielen, ist eine andere Lösung im Handel, welche gleiche Teile der Normallösung und 50% Alkohol enthält, dem ebenfalls 1—2% Natrium sulfurosum zugesetzt sind. Färbt man in der beschriebenen Weise einmal, so erhält man blonde Farbe, wiederholt man die Färbung, so werden die Haare hellbraun. Nach circa vier Wochen ist die Färbung wegen des nachwachsenden ungefärbten Haares wieder vorzunehmen.

Verfasser zeigt nun an drei Fällen, dafs diese Haarfärbung denn doch nicht so unschädlich sei, wie Richter es angenommen habe.

Im ersten Falle bekam der Patient einige Stunden nach Anwendung des Aureols starkes Brennen und Jucken auf dem Kopfe, später Schmerzen und Spannungsgefühl. Zur Zeit der ersten Besichtigung fand Verfasser sehr starke Röte der Kopfhaut vor. Letztere war ödematös und mit miliaren Bläschen und Pustelchen bedeckt. Beide Ohren, Stirn, Nacken, später auch Rumpf und Extremitäten waren in ähnlicher Weise befallen. Die Nachtruhe des Patienten war wegen des intensiven Juckens gestört. Unter Puderbehandlung gingen die Erscheinungen, wenn auch langsam, zurück. In der vierten Woche brach ohne ersichtliche Ursache eine Urticaria aus, die sich rasch über den ganzen Körper verbreitete und erst nach 14 Tagen völlig verschwunden war. — In ähnlicher Weise verliefen die beiden anderen Fälle.

Verfasser glaubt, dafs die beschriebenen Erscheinungen als Ausdruck einer allgemeinen Vergiftung anzusehen sind, und warnt deshalb vor der Anwendung des Aureols, wie ähnlicher Haarfärbemittel (Fo, Phönix, Nufsextrakt etc.) auf das eindringlichste.

II. **Ein Fall von Arsenintoxikation,** von O. Rosenthal-Berlin. Ein 48jähriger Arzt erkrankte Mai 1901 an einer juckenden Hautaffektion. Es traten ohne ersichtliche Ursache in der Ellenbogenbeuge, an der Volarfläche des Handgelenks, später an den Kniekehlen, Unterextremitäten, Achselhöhlen u. s. w. kleine wachsartig glänzende Knötchen auf, die der Patient als Lichen ruber planus diagnostizierte und mit Arsenik behandelte. Es machte sich jedoch, trotz grofser Dosen des Mittels, keine Besserung bemerkbar. Als Patient in die Klinik des Verfassers kam, bot er das Bild einer Dermatitis exfoliativa dar, klagte über starkes Durstgefühl, Frösteln, Appetitlosigkeit, Schlaflosigkeit, Abmagerung, Herzklopfen, Schwindelanfälle.

Die Haut zeigte eine bräunlich gelbe, deutlich ikterische Farbe, war an verschiedenen Stellen gelockert, losgelöst, so dafs das Rete frei lag. An den Unterschenkeln, Fufssohlen und Handteller waren zahlreiche keratotische und tylotische Verdickungen vorhanden. Die Mundschleimhaut war stellenweise getrübt und bot das Bild einer schweren Angina. Stomatitis und Gingivitis. Die Atmung und die Herzaktion waren beschleunigt, der Puls klein, frequent bis 120, das Sensorium leicht benommen. Die Extremitäten zeigten eine lähmungsartige Schwäche mit Atrophie der Muskeln, das Tastgefühl herabgesetzt, Patellar- und Plantarreflexe aufgehoben.

Verfasser stellte die Diagnose auf Arsenintoxikation, nachdem er gehört hatte, dafs der Patient innerhalb von drei Monaten 525 asiatische Pillen und subkutan 4 g Solutio Fowleri verbraucht hatte. — Unter Entziehung des Arsens, permanenten Wasserbädern, Einfettung der Haut erlangte der Patient langsam seine Gesundheit wieder.

III. **Die Dystrophien der Zähne in der Diagnose der hereditären Syphilis,** von Franz Poór-Budapest. Der Verfasser unterzieht die einschlägige Litteratur einer kritischen Durchsicht. Im Jahre 1858 beschrieb Hutchinson jene drei bei der Syphilis hereditaria oft gleichzeitig auftretenden Erscheinungen, die nach Fournier als Hutchinsonsche Trias benannt wurden. Dieselbe umfafst: 1. die Keratitis parenchymatosa im Auge; 2. die semilunäre Einbuchtung des freien Randes der mittleren oberen Schneidezähne; 3. die Labyrinthstörungen.

Hinsichtlich der für die Heredosyphilis charakteristischen Zahndeformationen differieren die Meinungen der Autoren. Man findet in der Litteratur fünf Ansichten vertreten:

1. Jene, welche die Hutchinsonsche Trias ohne Einschränkung acceptiert;

2. die aufser der Mifsbildung der mittleren oberen Schneidezähne auch die Deformitäten aller übrigen Zähne als charakteristisch für Syphilis hereditaria ansieht;

3. jene, welche die Entstehung des Hutchinsonschen Typus nicht nur der Syphilis hereditaria, sondern auch anderen, allgemeine Ernährungsstörungen verursachenden Krankheiten zuschreibt;

4. jene, welche die Syphilis hereditaria bei Erzeugung dieser Zahndeformität direkt ausschliefst und selbige anderen Ursachen zuschreibt;

5. jene, welche dieser Zahndeformität überhaupt jede pathologische Bedeutung abspricht.

Fast in allen vom Verfasser beobachteten Fällen wurden die typischen Hutchinsonschen Zähne im Vereine mit anderen Symptomen der Syphilis hereditaria (Labyrinthstörungen, Spuren von Keratitis, alte radiärlineare Narben um die natürlichen Öffnungen der Haut, Sattelnase etc.) gefunden. Die übrigen verschiedenen Zahndystrophien wurden auch bei solchen Individuen gefunden, bei denen kein Grund zur Annahme einer Syphilis hereditaria vorlag.

Die Hutchinsonschen Zähne sind nicht als ein Zeichen der Syphilis hereditaria tarda anzusehen, da ihre Entwickelung entweder noch in das embryonale Leben oder spätestens in das erste Jahr des extrauterinen Lebens fällt und auf eine durch heredosyphilitische Insulte bedingte Störung und Hemmung der Entwickelungs- und Ernährungsverhältnisse zurückzuführen ist.

IV. **Erfahrungen über die Behandlung und Heilung der Lepra im Rigaschen städtischen Leprosorium**, von Matthias Hirschberg-Riga. Verfasser resumiert die Erfahrungen, welche bezüglich der Behandlung und Heilung der Lepra am Rigaschen, unter der Direktion von Dr. A. v. Bergmann stehenden Leprosorium innerhalb von zehn Jahren an einem bedeutenden Lepramaterial gemacht worden sind, folgendermafsen: „Die Lepra, welche zumeist unheilbar ist, kann bei leichten Fällen zum Stillstand und zur relativen Heilung kommen. Die Einzelsymptome können meist gut beeinflufst werden, ohne die Weiterentwickelung der Krankheit aufzuhalten.

Die Leprosorien sind in prophylaktischer, hygienischer und therapeutischer Beziehung entsprechend dem Stande der Insassen die einzigen Heil- und Heimstätten für Lepröse. Eine spezifische Behandlung giebt es bis jetzt nicht, wahrscheinlich sind hygienische Mafsnahmen im stande, die Naturheilung zu unterstützen.

Es giebt Stoffe, welche eine Reaktion von seiten des lepröskranken Körpers hervorrufen und durch die stärkere Anfachung des gesamten Krankheitsprozesses vielleicht auch die Abwehreinrichtungen des Organismus zur gröfseren Thätigkeit anregen.

Vielleicht ist auch der Gurjunbalsam und Oleum gynocardiae hierher zu rechnen."

V. **Über einen Fall von Granuloma trichophyticum Majocchi**, von P. Colombini-Sassari. Der Verfasser beschreibt ausführlich die Krankengeschichte eines Falles bei einem zehn Jahre alten Mädchen, dessen Schwester an Trichophytie erkrankte. Auch die Patientin zeigte auf dem behaarten Kopfe einige kreisrunde, unregelmäfsig begrenzte Herde von Herpes tonsurans erythemato-squamosum, aufserdem das Bild des Granuloma trichophyticum Majocchi, charakterisiert durch kleine, rundliche, ziemlich gleich grofse, zu Ketten und Kreisen angeordneten Hervorragungen und Knötchen.

Differentialdiagnostisch kommt vor allem das Kerion Celsi in Betracht. Bei diesem handelt es sich jedoch um einen kleinen, rasch wachsenden, papelförmigen Entzündungsherd am Follikel selbst, der bald aufbricht und nach Entleerung des

Eiters sich mit einer gelbgrünlichen Kruste bedeckt. Beim Granuloma trichophyticum wachsen die knötchenförmigen Gebilde langsam und ragen allmählich mehr und mehr über die umgebende Haut empor. Die Hautdecke wird gespannt, erst rosa-, dann lebhaft rot und schliefslich dunkelrot. Die anfangs derben Knoten werden im weiteren Verlaufe weicher, teigartig, bis schliefslich Fluktuation und vollständige Erweichung eintritt. Die Haut wird an einer Stelle durchbohrt, es entleeren sich gelblich-rötliche, mit Blut untermischte Detritusmassen. Der Knoten sinkt ein und an der Vertiefung bildet sich eine kleine, dunkelrote Kruste. Die mikroskopische, wie bakteriologische Untersuchung zeigt, dafs der Krankheitserreger der Affektion das Trichophyton ist. Inokulationen verursachen nur selten das Granuloma trichophyticum. Unter welchen Bedingungen dieses sich entwickelt, bleibt weiteren Untersuchungen vorbehalten.

VI. **Die mikroskopische Technik im Dienste der Dermatologie,** von R. Ledermann-Berlin und S. Blanck-Potsdam. Die Färbung der Lepra- und Tuberkelbacillen, der Smegma- und Tuberkelbacillen, sowie der protoplasmatischen Gebilde in dem Sekrete syphilitischer Entzündungsprodukte bildet den Gegenstand des vorliegenden Abschnittes der Arbeit, welche ein umfangreiches Litteraturverzeichnis abschliefst.

VII. **Die Belehrung des Publikums über die venerischen Krankheiten,** von O. Lassar-Berlin. Verfasser plädiert für frühzeitige Belehrung des Publikums in Haus und Schule, auf Kanzel und Katheder, vor allem aber für breiteste Öffentlichkeit des Gegenstandes in der Presse, die am meisten geeignet und berufen sei, nach der Richtung der Aufklärung Gutes zu stiften. Ein internationales Preisbureau sollte von Zeit zu Zeit Notizen über die Folgen der venerischen Erkrankungen, über die Gefahren der Prostitution bringen. Preise sollten ausgeschrieben werden für die beste Belehrungsschrift oder Belehrungsart der Jugend. Merkblätter sollten unter Seminaristen, Studenten, Rekruten, Seeleute, Kaufleute, Lehrlinge verteilt oder in ihren Arbeitsräumen angeschlagen werden. In taktvoller, das Schamgefühl möglichst schonender Weise sollte auch die weibliche Jugend auf die Gefahren aufmerksam gemacht werden, die nicht nur ihre Jugend, sondern auch ihre Gesundheit bedrohen. Vorträge durch Schulärzte, Militärärzte in ihren Wirkungskreisen würden viel zur Aufklärung beitragen.

Behörden, Parlamente und Presse sollten die Scheu abwerfen und öffentlich, wo es not thut, den Gegenstand erörtern. *C. Berliner-Aachen.*

Monatsberichte für Urologie.

Band VII, Heft 9.

Über die sog. Cystitis cystica und über einen Fall von cystischem Papillom der Harnblase, von Otto Zuckerkandl. So bekannt das Vorkommen von Schleimhautcysten in der Blase auch ist, gehen doch die Meinungen über die Herkunft derselben sehr auseinander. Marckwald und Lubarsch leiten sie aus Brunnschen Nestern, Litten aus präformierten Drüsen her. Limbeck führt die Cysten auf Verwachsung gewucherter Schleimhautcysten zurück. Verfasser hat drei Fälle cystischer Entzündung der Harnblase, ferner eine papilläre Blasengeschwulst mit eigentümlicher Epithelproliferation untersucht und mit den Verhältnissen der normalen Blase verglichen. — Cystoskopisch konnte Verfasser Blasenschleimhautcysten wiederholt erkennen; es sind helle, durchscheinende, verschieden grofse, disseminierte oder zu drüsigen Formationen vereinigte, diffus verbreitete oder herdförmige Bildungen, die der Schleimhaut aufsitzen. Ob diese Cysten klinische Symptome auslösen, ist

ungewifs. Neben den Cysten finden sich nicht selten kolbige und unregelmäfsig geformte Exkrescenzen. Die Cysten, mit Epithel ausgekleidete Räume, sind im Stratum proprium der Schleimhaut eingebettet oder überragen das Niveau. Neben denselben findet man stets knospen- oder kolbenartige Zapfen aus dichtgedrängten Epithelzellen und einfache oder verzweigte drüsenähnliche, schlauchförmige Gebilde. Im frühesten Stadium sieht man ein Epithel als helle Flecke, im Epithel bei schwacher Vergröfserung Flüssigkeitstropfen in Bläschen oder alveolären Grübchen von flaschenförmiger Gestalt, die mit der Blase durch eine Lichtung im Zusammenhang stehen. Durch Wachstum und Sprossung der Epithelzellen entstehen von hier aus zusammengesetzte, tubulären Drüsen ähnelnde Gebilde. Auch das bindegewebige Stroma beteiligt sich an der Wucherung parallel der Epithelproliferation; ist diese aber vorgeschritten, dann erleidet das Bindegewebe eine Rückbildung, da nur ein zartes Bindegewebsgerüst die Cysten umgiebt. Das Sekret, homogen oder klumpig geballt, färbt sich mit Eosin, Methylenblau, nach VAN GIESON, mit Hämatein. Es scheint eine schleimige Flüssigkeit zu sein.

Die Untersuchung eines Papilloms der Blase, welches mit cystisch degenerierter Schleimhaut überzogen war, ergab, dafs es sich um eine gutartige, gestielte Zottengeschwulst handelte. — Die normale Blasenschleimhaut weist auch oft an umschriebener Stelle typische, den geschilderten ähnliche Epithelwucherungen auf. AXEL LENDORF hat in dieser Richtung genaue Untersuchungen angestellt. Er zeigte, dafs die normale Blasenschleimhaut stellenweise ein proliferierendes Epithel hat, mit interepithelialen Veränderungen, Vakuolen- und Zapfenbildung, Epithelsprossen und Epithelschläuchen. Verfasser kann diese Befunde bestätigen. Diese physiologischen Vorgänge können in pathologische übergehen, jede diffuse Verbreitung derselben ist schon ein pathologischer Zustand. Die krankhaften Veränderungen haben in physiologischen ihre Analoga. — Das Auftreten der Flüssigkeit in den epithelialen Gebilden ist ein sekretorischer Vorgang, beruht nicht auf Zerfall des Epithels; auch das normale Blasenepithel sezerniert Schleim in seiner obersten Zelllage.

Der erste Anstofs zur Cystitis cystica dürfte entweder von einer pathologischen Steigerung der Epithelsekretion ausgehen, die durch irgend einen Reiz hervorgerufen wird, oder durch Umwandlung einfacher Epithelzellen in sekretorische Organe zu erklären sein. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Journal of cutaneous and genito-urinary diseases.

Band 20. September 1902.

I. Zur Erleichterung der Entdeckung von Tuberkelbacillen im Urin, von J. P. BRYSON-St. Louis. Die Möglichkeit, durch den Nachweis von Tuberkelbacillen im Urin frühzeitig das Vorhandensein eines tuberkulösen Herdes im Urogenitalapparate oder in seiner Nachbarschaft zu entdecken, läfst namentlich in zweifelhaften, verdächtigen Fällen es empfehlenswert erscheinen, den Urin auf Tuberkelbacillen zu untersuchen. Man bedient sich eines gut sterilisierten, weichen Katheters, mit dem man einige Tropfen, besonders des Residualharns, in ein Reagens fallen läfst. Das nach Centrifugierung des Urins erhaltene Sediment wird auf Deckgläschen ausgebreitet und nach der ZIEHLschen Methode gefärbt. Will man die Tuberkelbacillen differenzieren von den Smegmabacillen, so braucht man eine 5%ige alkoholische (20%ig) Schwefelsäurelösung zur Entfärbung. Die Smegmabacillen entfärben sich in dieser Lösung, die Tuberkelbacillen nur wenig.

Der Verfasser beschreibt einige Fälle, bei denen durch den Nachweis von Tuberkelbacillen im Urin erst eine sichere Diagnose gestellt worden ist.

II. **Hautsarkoide**, von W. S. Gottheil-New York. Der Verfasser hatte Gelegenheit, in den letzten Jahren sechs Fälle zu beobachten, von denen vier längere Zeit hindurch in Behandlung waren und genau studiert werden konnten.

Der erste Fall betraf einen 64jährigen Russen, der vor 39 Jahren Syphilis und vor 5 Jahren Tripper acquirierte. Die gegenwärtige Affektion begann vor drei Monaten mit Jucken und Röte in den Vorderarmen. Zur Zeit der ersten Besichtigung konnte Verfasser am Körper dreierlei Hautanomalien wahrnehmen: 1. einen makulösen Ausschlag, der aus dichtbesäten, schwach gelbroten bis braunschwarzen Flecken bestand und besonders stark an den Armen und auf der Glatze ausgeprägt war. Das Gesicht, Handteller und Fußsohlen waren frei. Die einzelnen, unregelmäßig begrenzten, nicht erhabenen Flecke sahen aus wie abblassende Roseolen oder eine undeutlich markierte Pityriasis versicolor. 2. einen papulo-nodulösen Ausschlag, der aus nahezu halbkugeligen, verschieden großen, bräunlich blauen und dunkelroten, sehr harten, mehr in der Oberhaut sitzenden Knoten bestand. Am stärksten befallen waren die Unterextremitäten. 3. eine trophische Ulceration. An der Außenseite der rechten Ferse befand sich ein tiefes, wallnußgroßes Geschwür, dessen Basis trocken, unempfindlich, lebhaft rot und glänzend war. Die Ränder waren unterminiert, die Haut in der Umgebung war verdickt, ödematös geschwollen und sah wie maceriert aus.

Die Affektion war, abgesehen von gelindem Jucken, von keinerlei subjektiven Beschwerden begleitet. Der Patient war ein kräftiger Mann und sah sehr gesund aus. Die Drüsen waren nirgends geschwollen.

Die mikroskopische Untersuchung excidierter Knoten ergab Anhäufungen von zumeist runden Bindegewebszellen, die zuerst sich in den perivaskulären Lymphräumen ansiedeln und im weiteren Verlaufe die Gefäße in eine dichte Masse verwickeln. Die jüngeren und kleineren Herde lagen alle in den tieferen Schichten des Coriums, und wenn sie wuchsen, ergriffen sie die Papillenschicht, verflachten sie und verdünnten das Epithel. In allen größeren Herden sind die elastischen Fasern verschwunden.

Der Patient wurde mit Arsenik behandelt. Viele der Knoten, namentlich der größeren, wurden im Centrum weicher, blaßten mehr ab; eine Anzahl verschwand vollständig. Es kamen jedoch, da der Patient die Behandlung nicht genügend energisch durchführte, auch wieder neue Knoten zum Vorschein. Die Tumoren unterscheiden sich von den Sarkomen, daß sie nur bis zu einer gewissen Größe wachsen, dann stationär bleiben, oder regressive und degenerative Veränderungen eingehen; daß sie ferner keine oder nur sehr spät Metastasen bilden, das Allgemeinbefinden nur wenig benachteiligen und sich unter der Arsenbehandlung zweifellos günstig beeinflussen lassen.

III. **Ein Fall von hyphomycetischem Granuloma der Haut**, von J. F. Schamberg-Philadelphia. Als Verfasser den 40jährigen Patienten zum ersten Male sah, zeigte derselbe an der Streckseite des rechten Vorderarmes zwei große, erhabene, ovale resp. runde, sich hart und gespannt anfühlende, dunkelrote Plaques, deren Oberfläche eine unebene, papillomatöse Beschaffenheit hatte. Einige Tage später entwickelte sich in der Nähe der beiden Plaques eine runde, pustulöse Efflorescenz, die größer und flacher wurde und aufging. Nur eine geringe Menge Eiter kam zum Vorschein. Sobald die pustulöse Decke entfernt wurde, zeigte sich ein kleiner, fungöser Tumor von ähnlicher Beschaffenheit, wie die beiden größeren Plaques. Im weiteren Verlaufe nahm das Centrum des Gewächses ein kraterförmiges Aussehen. In der nächsten Zeit entstanden noch einige ähnliche Plaques. Eine der kleineren wurde unter lokaler Anästhesie excidiert und mikroskopisch untersucht.

Das Stratum corneum ist stellenweise intakt, an anderen Stellen fehlt es ganz. Die Reteschicht ist stark hypertrophisch und enthält zahlreiche, mit polynukleären Leukocyten erfüllte Hohlräume.

Das ganze Corium zeigt ausgedehnte, dichte Zellinfiltration, so dafs an manchen Stellen das fibröse Stroma völlig verdeckt davon ist. Polynukleare Leukocyten sieht man hier und da zerstreut, teilweise schon in einem Auflösungsprozesse begriffen.

In einzelnen Partien des Tumors, namentlich den peripherischen, bemerkt man Mycelfäden, die mit Gentianaviolett gut tingierbar sind. Einige verlaufen wellenförmig, die meisten jedoch in gerader Richtung, hier und da dichotomisch sich verzweigend. Die Fäden sind über die Zellinfiltration im Corium zerstreut. — Überimpfungen auf Meerschweinchen ergaben positive Resultate.

Der Verfasser rekapituliert aus der einschlägigen Litteratur analoge Fälle.

IV. **Ein Instrument, um die Hydrocele zu diagnostizieren**, von F. Griffith-New York. Der „Apparat", wenn man diese Improvisation des Verfassers so nennen darf, soll in zweifelhaften Fällen die Durchleuchtung eines skrotalen Tumors ermöglichen und die Transparenz des Hydroceleninhalts besser erkennen lassen. Man bedient sich einer cylinderförmigen, an beiden Enden offenen Röhre von 2 Zoll Durchmesser und 6—8 Zoll Länge. Hierfür kann man beispielsweise eine Rolle, welche einen Beiersdorfschen Salbenmull aufbewahrt, zweckmäfsig herrichten. Die Innenfläche wird schwarz angestrichen oder mit schwarzem Papier beklebt. Der skrotale Tumor befindet sich zwischen einem Kerzenlicht und dem einen Ende der Röhre. Sieht man nun durch das andere Ende hindurch, so erkennt man deutlich die Transparenz von flüssigem Inhalt des Tumors. *C. Berliner-Aachen.*

Annales de maladies des organes génito-urinaires.

1902. Heft 8.

1. **Perinealer Harnröhrenschnitt und Prostatektomie**, von F. Legueu. Die Lithotripsie ist zur Entfernung von Blasensteinen bei Prostatikern, wenn die Blasenschleimhaut leicht blutet, schmerzempfindlich und zudem infiziert ist, absolut unbrauchbar. Mittels Sectio alta können Blasensteine bei solchen Patienten wohl beseitigt werden, doch schützt diese Operation nicht vor Rezidiven, da ja das Hindernis für die Entleerung der aus den Nieren in die Blase gelangten Konkremente und die Ursache der Steinbildung in der Blase selbst fortbesteht. Die beste Behandlung in solchen Fällen ist, mittels des perinealen Harnröhrenschnittes in einer Sitzung die hypertrophische Prostata und die Blasensteine zu entfernen; nur auf diese Weise kann eine dauernde Heilung erzielt werden. Der Verfasser hat diese Methode schon mehrfach mit vorzüglichem Erfolge angewendet. Er macht eine prärektale, transversale Incision, entfernt zuerst die Prostata und dann die Steine, führt vom Perineum aus einen Verweilkatheter ein, stellt unter demselben aus Schleimhaut die Harnröhrenwand wieder her und schliefst dann die Wunde. Die Harnröhrenwunde ist gewöhnlich schon nach 14 Tagen, die perineale Wunde nach vier bis fünf Wochen verheilt.

2. **Beitrag zur Kenntnis der Orchitis der Prostatiker**, von E. Desnos und K. Minet. Bei einem 67jährigen Mann mit Prostatahypertrophie trat unter Erbrechen eine linksseitige Epididymitis auf, die Temperatursteigerungen bis zu 40° hervorrief. Bei der rektalen Untersuchung entleerte sich durch die Harnröhre eine grofse Menge Eiter; die Prostata war prall gespannt und sehr schmerzhaft, der linke Samenstrang und der linke Nebenhoden waren verdickt und schmerzempfindlich. Der Urin enthielt Eiter und Blut. Die Schwellung griff alsbald auch auf den Hoden über, die linke

Hälfte des Skrotums wurde ödematös, und es entstand innerhalb weniger Tage ein Tumor, der keine Einzelheiten mehr erkennen liefs und alsbald weich zu werden schien. Nach wenigen Tagen wurde der ganze Tumor, mit Ausnahme des Hodensacks, entfernt, gleichzeitig wurde der rechte Samenstrang, der schmerzempfindlich war, reseciert. Nach der Operation verschwanden Fieber und Schmerzen sehr rasch, die Wunde schlofs sich bis auf eine kleine Fistel, die aber auch nach wenigen Wochen ausheilte. Der Allgemeinzustand blieb jedoch infolge der Infektion der Blase und der Prostata und wohl auch der Nieren unbefriedigend; nach einigen Monaten ging der Patient zu Grunde, ohne dafs neue lokale Erscheinungen aufgetreten wären. Die Untersuchung des entfernten Tumors ergab eine akute hämorrhagische Entzündung der Tunica vaginalis ohne starke Verdickung derselben, multiple Abscesse im Hoden, Verdickung der Wände des Nebenhodens und des umgebenden Bindegewebes, das mit jenem eine gleichmäfsige, entzündliche Masse bildete; Eiterherde enthielt dieselbe nicht. Bei der mikroskopischen Untersuchung fanden sich an den Gefäfsen des Hodens alte sklerotische Veränderungen, die wohl als die Ursache der hämorrhagischen Entzündung der Tunica vaginalis betrachtet werden müssen. — Das Auftreten multipler Hodenabscesse im Verlaufe der Orchitis der Prostatiker scheint ziemlich häufig zu sein; der eine der beiden Verfasser hat in vier Fällen solche multiple Abscesse beobachtet. Die Eiterherde entstehen entweder gleichzeitig oder in mehr oder weniger langen Zwischenräumen, kommunizieren nicht miteinander und führen nach der Eröffnung oder dem spontanen Durchbruch zur Bildung unheilbarer Fisteln und chronischer Eiterungen. In anderen Fällen bildet sich im Hoden, Nebenhoden oder in dem den Nebenhoden umgebenden Bindegewebe nur ein vereinzelt bleibender Abscefs. Aufser diesen eitrigen Formen kommen im Verlaufe der Prostatahypertrophie auch einfache, nicht eitrige Orchitiden vor, die durch eine entzündliche Schwellung und starke Schmerzhaftigkeit des Samenstrangs, des Nebenhodens und manchmal auch des Hodens, ferner durch Ödem des umgebenden Bindegewebes und einen mäfsigen Erguſs in die Tunica vaginalis ausgezeichnet sind. — Wenn eine Orchitis auftritt, weist auch die hypertrophische Prostata fast immer eine akute Entzündung, sehr häufig auch Abscefsbildung auf. In vielen Fällen besteht zwischen der Eiterung der Prostata und der Abscefsbildung im Hoden oder Nebenhoden ein ursächlicher Zusammenhang; in anderen Fällen entwickelt sich die eitrige Orchitis ganz unabhängig und unbeeinflufst von der Prostatitis. — Die Allgemeinerscheinungen, welche die Orchitis der Prostatiker begleiten, sind sehr verschieden; von ihrer Schwere und ihrem Charakter hängt in manchen Fällen die Prognose ab. In vielen Fällen beweisen nämlich die Allgemeinerscheinungen, dafs es sich um eine allgemeine Harninfektion handelt, wobei die Orchitis nur ein verhältnismäfsig nebensächliches Symptom darstellt. In anderen Fällen ist die Orchitis verursacht durch ein direktes kontinuierliches Weiterschreiten der Harnröhren-Prostatainfektion; ihr Auftreten ruft auch in solchen Fällen mehr oder weniger heftige Allgemeinerscheinungen hervor, die Prognose ist jedoch von den lokalen Erscheinungen abhängig; sie ist gut in den Fällen, in denen überhaupt keine Eiterung oder nur ein vereinzelter Abscefs auftritt, sie ist ernst in Fällen mit multipler Abscefsbildung. Die Therapie ist bei einfacher, nicht eitriger Orchitis eine rein antiphlogistische; ist ein vereinzelter Abscefs vorhanden, so wird derselbe incidiert, bei multipler Abscefsbildung ist nur von der Kastration ein wirklicher Erfolg zu erwarten. *Götz-München.*

Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique.

Band I. No. 21.

Kritische Beurteilung der intravenösen Quecksilberinjektionen in der Behandlung der Syphilis, von B. Desmous-Paris. Verfasser verwirft dieses Verfahren als kompliziert, gefährlich und auch unnütz; die subkutanen resp. intramuskulären Injektionen liefern nach seinen Erfahrungen ebenso gute Resultate ohne die Nachteile der intravenösen Methode (was wohl die meisten Ärzte auch gelten lassen werden, Ref.), die D. am liebsten ganz aufser Gebrauch gesetzt sehen möchte.

Behandlung der dermatologischen und venerischen Erkrankungen durch Ströme von hoher Spannung und hoher Frequenz, von H. Lebon-Paris. (Forts.) IV. Physiologische Eigenschaften der hochgespannten Ströme mit hoher Frequenz. Die bekannte erstaunliche Beobachtung von Tesla, dafs man durch ein um den Kopf oder den Arm eines Menschen gelegtes Solenoid bei genügend hoher Frequenz ohne Nachteil einen elektrischen Strom leiten kann, der im stande ist, eine Lampe zum Brennen zu bringen, hat man auf verschiedene Weise zu erklären versucht; die einen (Ratzikowsky, Vigouroux) nehmen an, dafs der so beschaffene Strom auf der Epidermis lokalisiert bleibe; d'Arsonval nimmt an, dafs die Nerven nicht im stande sind, die so frequenten Schwingungen mitzumachen, wie denn ja auch die ultravioletten Lichtstrahlen mit ihren enorm schnellen Schwingungen vom Sehnerv nicht wahrgenommen werden. Man hat schliefsen wollen, dafs derartige elektrische Ströme demnach für den Körper wirkungslos seien, doch kann man sich beim Überleiten des Stroms vom Resonator auf irgend einen bestimmten Körperteil durch die entstehenden Muskelerschütterungen sehr leicht vom Gegenteil überzeugen.

Die Wirkung auf den Kreislauf äufsert sich ja nach der Anwendungsweise in einer Herabsetzung, meistens aber in einer sehr ausgesprochenen Steigerung des arteriellen Druckes, wie aus den verschiedenen hier mitgeteilten Beobachtungen hervorgeht.

Auf die Ernährung im allgemeinen hat ein solcher elektrischer Strom eine deutlich steigernde Wirkung, was durch verschiedene Tierexperimente und auch durch einige klinische Beobachtungen (an Diabetikern u. a.) festgestellt ist; andererseits sind auch verschiedene Versuche bei anderen Patienten ohne ausgesprochenen Erfolg geblieben.

Über die Rolle der Lymphdrüsen bei tuberkulöser und syphilitischer Erkrankung. Therapeutische Indikationen, von Verchère. Verfasser schildert ausführlich die pathologisch-anatomischen Erscheinungen, welche Bouvet an den Lymphdrüsen an verschiedenen Tagen bei einer Reihe von Meerschweinchen nach Impfung mit Reinkulturen von Tuberkelbacillen beobachtete. Man sieht, dafs den Lymphdrüsen die Aufgabe zukommt, die eindringenden Bacillen zu vernichten, dafs sie aber dieser Aufgabe nur zuweilen gewachsen sind, dafs häufig sowohl die Zellen wie die eingedrungenen Bacillen in dem Wettkampf zu Grunde gehen, während letztere auch öfters Sieger bleiben.

Band I. No. 22 u. 23.

Die Behandlung der dermatologischen und venerischen Erkrankungen durch Ströme von hoher Spannung und hoher Frequenz, von H. Lebon-Paris. Forts.) Die Wirkung auf Mikrobien und deren Toxine. Die bisherigen (Publikationen, unter denen L. diejenigen von d'Arsonval und Charrin, von Bonome und Viola, von Dubois u. a. hervorhebt, ergeben sehr widerstreitende Resultate. Die von diesen Forschern ausgeführten Experimente mit Reinkulturen und an Tieren ergaben nur zum Teil positive Resultate. Sehr günstige Erfolge bei Lungentuber-

kulose durch derartige Ströme haben unabhängig von einander Oudin und Doumer erzielt. Zur Klärung der Frage sind jedenfalls weitere Beobachtungen nötig, bei denen vor allen Dingen zu verlangen ist, dafs die Anwendung in bestimmter, genau zu kontrollierender Weise geschehe.

Zum Schlusse seiner Arbeit führt Verfasser eine Reihe verschiedener Affektionen an, die man auf diese Weise günstig zu beeinflussen versucht hat.

Pruritus. Bei einigen Fällen von essentiellem Pruritus sowie bei solchem auf lichenoider Basis und bei Pruritus analis sind zum Teil sehr erfreuliche Resultate erzielt worden. Manchmal war allerdings erst eine längere Behandlung nötig.

Bei Psoriasiskranken hat Oudin in frischen Fällen und mehr noch bei der Lokalisation an den oberen Extremitäten als an den unteren verschiedentlich günstige Erfolge erzielt, während Baudet weniger glücklich war, und Bollaan sehr prompt Recidive eintreten sah.

In bezug auf Ekzem sind von verschiedenen Autoren günstige Berichte über diese Methode veröffentlicht, sowohl bei akuten wie bei chronischen Fällen. Bei ersteren wird natürlich weniger energisch vorgegangen ohne Funkenentladung, aber immerhin mit einem kräftigen Strom mittelst der Glaselektrode oder der Metallzange, während bei chronischen Läsionen eine kräftige Bearbeitung mit Funken dienlich ist. Immerhin ist eine Allgemeinbehandlung zur Vermeidung von Recidiven angezeigt.

Alopecia areata. Bordier will im Laufe von vier Wochen oder noch weniger nach einer Reihe Sitzungen, von denen etwa drei auf 14 Tage entfallen, vollständige Heilung erzielt haben. Die zur Kontrolle mit anderen Mitteln oder gar nicht behandelten Stellen seien unverändert geblieben. Es kommt hierbei der Excitator mit Glasgriff zur Verwendung, wobei man eine zu starke Bearbeitung und Erzeugen von Schorfen vermeiden mufs.

Herpes zoster. Es sind chronische sowohl wie akute Fälle mit dieser Methode behandelt worden. Während bei letzteren nicht zu erfahren ist, ob dieselben nicht auch ohne die Behandlung prompt geheilt wären, scheint bei ersteren dem Mittel eine Wirkung beizumessen zu sein. Wenigstens berichten Oudin sowie Baudet über Erfolge bei Fällen, welche mehrere Monate, sogar ein Jahr lang bestanden hatten.

Über Beobachtungen betreffs Pernionen, Sklerodermieplaques, Akne, Furunkulose, Rosacea, Impetigo, Molluscum contagiosum und Ulcerationen liegen nur vereinzelte, zum Teil günstige, zum Teil absprechende Erfahrungen vor. Bei der geringen Anzahl der behandelten Patienten ist es aber unmöglich, ein irgendwie abschliefsendes Urteil zu fällen.

Lupus erythematodes dagegen giebt nach Brocq ein günstiges Behandlungsobjekt. Im Jahre 1898 bereits und im Jahre 1901 wiederum haben Schüler von ihm die Methode empfohlen. Immerhin hat er auch einige Mifserfolge zu verzeichnen. Am günstigsten gestalten sich die getrennten, symmetrischen Läsionen. Bei manchen Fällen genügen etwa 20 Sitzungen von zwei bis fünf Minuten Dauer, bei anderen sind mindestens 60 nötig. Besondere Vorsicht ist erforderlich bei Lokalisation auf der Kopfschwarte, am Ohr und an den Nasenflügeln.

Bei Lupus vulgaris waren die Erfolge teils günstig, teils durchaus negativ.

Von Ulcus molle liegen drei Beobachtungen vor (Coignet); alle drei Fälle heilten glatt nach ein bis drei Sitzungen. Besonders günstig sollen nach Oudin venerische Vegetationen durch eine leichte Funkenbehandlung beeinflufst werden. Auch Blennorrhoe hat man auf diese Weise behandelt. Der Penis wird in ein Glas mit Metallboden, das mit Borlösung gefüllt ist, gebracht und der Strom in die Lösung hineingeleitet. Orchitis blennorrhoica mittelst Hochstrom behandelt soll eine sofortige Abnahme der Schmerzen und der Schwellung erkennen lassen. Bei

Vaginitis wird die Übertragung des Stroms durch feuchte Wattetampons vermittelt. Sehr gerühmt werden die Erfolge bei Fissura ani und bei Hämorrhoiden. Bei letzteren im akuten Stadium soll oft eine einzige Sitzung genügen, um die Beschwerden total zu beseitigen.

Band II. No. 1.

Bericht über eine Arbeit von Butte mit der Überschrift: „Behandlung des tuberkulösen Lupus mittelst Kalium permanganicum", von Hallopeau-Paris. Seit etwa Jahresfrist hat H. im Auftrag der Akademie diese Methode einer Prüfung unterzogen und kommt zu dem Resultat, dafs dieselbe, wenn auch nicht absolut heilend, so doch entschieden wertvoll ist, namentlich bei ausgedehntem ulceriertem Lupus, der der Lichtbehandlung nach Finsen nicht zugängig ist. Einzelne mehr in der Tiefe lokalisierte Herde hingegen werde man besser durch die Lichttherapie bekämpfen, da bei solchen das permangansaure Kalium versagt. Es kommt eine 2%ige Lösung zur Anwendung, mit welcher Umschläge täglich oder jeden zweiten Tag appliziert werden. Bei nicht ulcerierten Fällen kann man auch mit Vorteil das Mittel nur in Pulverform aufstreuen nach vorheriger Abseifung des Krankheitsgebiets, wie Kaczanowsky dies empfohlen hat. Man läfst es eine Viertelstunde einwirken und wischt dann wieder ab, indem man nur die Partikelchen zurückläfst, welche an der betreffenden Stelle haften bleiben. Nach drei bis vier Tagen ist dann eine kleine Ulceration entstanden, die schnell heilt. Allenfalls wiederholt man die Prozedur. Nebenbei empfiehlt H. die intramuskulären Injektionen von kakodylsaurem Natron nach Gautier.

Band II. No. 2.

Die Behandlung der Syphilis mittelst subcutanen Injektionen von Quecksilberbenzoat, von E. Desesquelle. Die Darstellung und die physikalischen und chemischen Eigenschaften des Quecksilberbenzoats. Es wird bei gelinder Wärme im Wasserbade frisch gefälltes gelbes Quecksilberoxyd mit einem Überschufs von Benzoësäure in alkoholischer Lösung vermengt und das Erwärmen bis zum vollständigen Verschwinden des Quecksilbersalzes fortgesetzt. Nach dem Erkalten scheiden sich farblose Kristalle als prismatische Nadeln aus. Erhitzt man das Quecksilberbenzoat in alkoholischer Lösung bis zum Kochen, so zerlegt sich das Salz, und es wird rotes Hg-Oxyd als Niederschlag erhalten. Eine allerdings kleine Reihe von Versuchen an Kaninchen ergab, dafs dieses Präparat fast so toxisch wirkt wie Sublimat. Für pharmaceutische Zwecke ist es am zweckmäfsigsten, dasselbe mit neutralem benzoësaurem Ammoniak aufzulösen unter Zusatz von Kokain nach folgender Formel:

℞ *Quecksilberbenzoat*	1,0
Neutrales Ammoniakbenzoat	5,0
Aq. destill. q. s. ad	100 ccm
adde *Cocain. benzoat*	0,75—1,0

Zu bemerken ist dabei, dafs die Reaktion unbedingt neutral oder gar alkalisch sein mufs. Allenfalls setzt man einige Tropfen Ammoniak zu bis zur Herstellung einer ausgesprochen alkalischen Reaktion. Auch kann die Lösung zweckmäfsig dünner genommen werden, da bei Temperaturen unter + 10° leicht Kristalle ausgeschieden werden.

Band II. No. 3.

Strassenschmutz und Hautaffektionen bei Tieren, von A. Mouquet. Bei Pferden kommen namentlich zur Zeit der Schneeschmelze infolge des Anspritzens des mit Steinsplittern und Salz vermengten Strafsenkotes besonders an den mit zarter Haut bekleideten Teilen, der Innenfläche der Oberschenkel und den unteren Partien

des Thorax und des Abdomens, zahlreiche entzündliche Affektionen vor, welche durch weitergreifende Entzündung den Tieren jegliche Bewegung unmöglich machen. Ganz besonders nachteilig ist in dieser Hinsicht, dafs man durch Scheeren die Tiere ihrer natürlichen Schutzdecke beraubt und auch gar zu leicht kleine Verletzungen, die die Eingangspforte aller möglichen Keime bilden, verursacht. Die Behandlung umfafst die sonst üblichen Desinfektionsmethoden. Versuche mit Antistreptokokkenserum sind im Gange, aber noch nicht abgeschlossen. Die genauere Untersuchung des Pariser Strafsenkots ergab eine alkalische Reaktion, Kieselsteinchen, verschiedene Mikrobien, Sand, Kalk, Ton, organische Überreste, Humus und Wasser.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Mitteilungen aus der Litteratur.

Chronische Infektionskrankheiten.

b. *Tuberkulose.*

Die Tuberkulide, von C. Boeck-Christiania. (Verhandl. des vierten internat. Dermatologen Kongresses, Paris 1900.) Die Tuberkulidgruppe umfafst Affektionen der Haut, welche den Toxinen der Tuberkelbacillen ihre Entstehung verdanken. Daher Hallopeaus Bezeichnung als Toxituberkulide. Ihre prinzipalen Merkmale sind die Symmetrie ihrer Ausbreitung, und das häufige Vorkommen bei tuberkulösen Individuen. Nicht die Anwesenheit oder das Fehlen von Bacillen oder Riesenzellen differenziert die Tuberkulide von den wahren Manifestationen der kutanen Tuberkulose, sondern der Modus des ersten Auftretens und der Verteilung auf der Körperoberfläche. Von den Tuberkuliden hat man erstens im allgemeinen perifollikuläre, oberflächliche und zweitens nicht follikuläre, tiefergehende Formen. Zu ersteren rechnet man Lichen scrophulosorum, Ekzema scrophulosorum, Pityriasis faciei simplex infantum seu Pityriasis scrophulosorum, die papulo-squamösen und die pustulösen perifollikulären Arten. Zu letzteren zählen wir Lupus pernio, Lupus erythematosus, die papulo-nekrotischen und die knotigen Tuberkulide. Nicht mit Sicherheit unter die Tuberkulide zu rechnen sind die Acnitis Barthélemy, das Erythème induré Bazin, gewisse angiomatöse und erythematöse exfoliierende Formen und die Pityriasis rubra gravis Hebra.

Hopf-Dresden.

Über die pathologisch-histologischen Veränderungen bei Lupus vulgaris nach der Finsenschen Lichtbehandlung, von M. Pilnoff. (*Russki Wratsch.* 1902. S. 579.) Nach Beschreibung der makroskopisch sichtbaren Veränderungen durch die Lichttherapie, schildert Verfasser sehr genau die mikroskopischen, welche er an Hautstückchen studiert hat, die an den bestrahlten Stellen nach der ersten, zweiten und dritten Sitzung, und an verschiedenen Tagen nach derselben exstirpiert worden waren. Er fafst dieselben mit folgenden Worten zusammen: In der Haut selbst beobachtet man Erscheinungen von Hyperämie bis zur Bildung von Blutaustritten, Erweiterung der Lymphspalten und Lymphgefäfse, Durchtränkung der Gewebe und der Lupusknötchen mit seröser Flüssigkeit, Vorhandensein von zuweilen sehr vielen weifsen Blutkörperchen in den Blut- und Lymphgefäfsen, Infiltration der eigentlichen Haut, wie auch der peripheren und centralen Partien der Lupusknötchen mit Leuko-

cyten, Vorkommen einzelner eosinophiler Zellen, aber auch solcher in Nestern inmitten des Zellinfiltrates der eigentlichen Haut, Eindringen der weifsen Blutkörperchen in die Riesenzellen und in die epitheloiden Zellen, Chromatolyse und Vacuolenbildung in den Zellkernen der Lupusknötchen, vacuolenartige Umwandlung des Protoplasmas der Riesen- wie epitheloiden Zellen, Koagulationsnekrose im Lupusgewebe, wie im Epithel der Haut, Bildung von Spalten und Höhlen, welche weifse Blutkörperchen enthalten im Epithel, Vacuolen in den Zellen des Stratum mucosum, Vacuolen und Chromatolyse in den Zellen derselben und endlich Chromatophore in den Papillen und zwischen den epithelialen Zellen. Das Auftreten dieser verschiedenen Erscheinungen ist gleich nach der Sitzung nur schwach ausgeprägt, verstärkt sich aber dann am zweiten Tage, um am deutlichsten ausgesprochen zu sein am dritten Tage. Verf. spricht die Vermutung aus, dafs unter den günstig wirkenden Momenten der Lichtbehandlung auf den Lupusprozefs von Bedeutung sein dürften die weifsen Blutkörperchen, welche sich in den Lupusknötchen und ihren Zellen ansammeln.

Arth. Jordan-Moskau.

Die Indikationen der Phototherapie in der Behandlung des Lupus und der begrenzten Dermatosen des Gesichts, von Leredde-Paris. (*Presse méd.* 1901. No. 72.) Leredde giebt einen Überblick über das Wesen und die Technik der Finsentherapie, besonders verweilt er bei dem von Lortet und Genoud modifizierten phototherapeutischen Apparat und spricht sich dahin aus, dafs man keinen Lupus, sobald er der Skarifikation oder der Galvanokauterisation widersteht, als ungeheilt ansehen darf, ehe er der Lichtbehandlung zugänglich gemacht ist. Die fortdauernden Galvanokauterisationen schaffen leider ein hartes Gewebe, das für die ultravioletten Strahlen viel schwerer passierbar ist, als das unveränderte lupöse Gewebe. Die Heilung geht hier vielfach sehr langsam vor sich. Auch für den Lupus erythematosus gilt das gleiche, nämlich, dafs oft die Lichtbehandlung nach Versagen jeder anderen Therapie Heilung bringt. Besonders kommen hierfür die Fälle von fixem Lupus erythematosus mit beträchtlichen Epidermisläsionen in Betracht. Auch für die Behandlung der Acne rosacea, des Rhinophyma, kleiner Epitheliome und Sycosis ist die Phototherapie von günstiger Entwickelung. Das gleiche vermochte trotz Finsens Versicherungen Leredde nicht zu bestätigen für die Behandlung der Peladen.

Hopf-Dresden.

Lupus, Tuberkulose und Licht, von Fovrau de Courmelles-Paris. (*Rev. clin. d'Androlog. et de Gynécolog.* 1902. No. 1.) An Stelle des kostspieligen Finsenschen Apparates für die Lichtbehandlung empfiehlt F. seinen mit G. Trouvé zusammen konstruierten, viel billigeren (2—800 Fr.) und einfacheren Apparat. Derselbe besteht aus einem parabolischen Reflektor mit Kühlapparat, in dessen Focus die Lampe mit Kohlenelektroden angebracht ist. Die Rückwand ist mit einer verschliefsbaren Öffnung versehen, einmal um die Lampe kontrollieren zu können, und zweitens um eine eventuell gewünschte direkte Anwendung der Strahlen zu ermöglichen, während für gewöhnlich dieselben durch eine im zweiten Brennpunkt angebrachte Quarzschichte auf die Haut geleitet werden. Diese Quarzschichte dient zugleich zum Komprimieren, indem der Patient selbst die zu behandelnde Stelle kräftig dagegen drückt, während bei dem Finsenschen Apparat bekanntlich noch extra eine Wärterin zur Ausübung der Kompression nötig ist. Als weitere Vorzüge des Fovrau-Trouvé-Apparates (der übrigens nicht patentiert ist) werden genannt: geringerer Verbrauch an elektrischer Kraft, kürzere Dauer der Sitzungen (zehn Minuten) und gröfsere Ausdehnung der jedes Mal in Behandlung genommenen Gebiete, bis zu 10 □ cm. Dabei ist der Apparat einfach zu handhaben und kann in jeder elektrotechnischen Werkstatt hergestellt werden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Fortschritte auf dem Gebiete der Finsenschen Lupusbehandlung, von Kattenbracker. (*Klin. therap. Wochenschr.* 1901. No. 52.) Der hohe Preis der zur Finsenschen Lichtbehandlung nötigen Apparate und deren Unterhaltung hat zur Konstruktion der Kjeldsenschen Lampe geführt, bei der hohle, im Innern durch fliessendes Wasser gekühlte Eisenelektroden ein an chemischen Strahlen sehr reiches Licht geben. Versuche mit dieser ergeben, dafs ihren Strahlen eine sehr hohe baktericide Kraft eigen ist. Verfasser empfiehlt deshalb die „Dermolampe" zum Ersatz der Finsenschen Apparate, da sie relativ billig ist, nur einen Strom von 5 V. A. braucht, viel intensiver und schneller wirkt, wie das entstehende Erythem beweist. (Von anderer Seite wird bereits die Wirkung bei Lupus als ungenügend bezeichnet, da die Strahlen der Dermolampe nicht tief genug eindringen.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Ein neuer Apparat zur Behandlung des Lupus mit konzentriertem chemischen Licht, von A. Bellini-Mailand. (*Bolett. dell' Ass. sanit. Milan.* Januar 1902.) Der Apparat besteht aus einer Bogenlampe mit halbrechtwinklig zu einander stehenden Kohlenstiften und dem optischen Apparat, der, zu einem einzigen Instrument vereinigt, die Strahlen auffängt, konzentriert, abkühlt und die bestrahlte Hautstelle komprimiert. Er trägt nämlich in seiner dem elektrischen Licht zugewandten Wand zwei Quarzlinsen, die der Lichtquelle auf 2—8 cm genähert werden. In die gegenüberliegende Wand ist eine uhrglasförmige Quarzscheibe auswechselbar eingefügt; ihre konvexe Fläche wird der Haut angepreſst, und zwar durch das Eigengewicht des Apparates, der schräg aufgehängt, seiner Gleichgewichtslage zustrebt. Zwischen beiden Wänden wird destilliertes Wasser durch eine Kühlschlange kalt gehalten. Die wichtigsten Vorzüge vor Finsens Apparat sollen folgende sein: Wo in der Regel nur je ein Patient, nicht vier zugleich zu behandeln sind, wird kein Licht unnötig verbraucht. Der Weg der Strahlen von der Lichtquelle bis zur Haut beträgt nur 10 cm (bei Finsen 1,15 m); sie passieren nur drei Linsen und eine Wasserschicht. Infolge dieser Kraftersparnis ist weit weniger Elektrizität nötig; auch erfordert eine wirksame Sitzung statt 1¼ Stunden nur 8—15 Minuten. Assistenz ist überflüssig. Alle diese Vorteile machen die Behandlung weit billiger. Der neue ähnliche Apparat von Lortet-Genoud ist drei Mal so teuer wie der Bellinis.

Max Levor-Hamburg.

Über die Resorcinbehandlung des Lupus vulgaris und der Tuberculosis verrucosa cutis, von Max Joseph-Berlin. (*Med. Woche.* 1901. No. 21.) Finsens ideale Resultate erzielende Lichtbehandlung des Lupus und der Hauttuberkulose ist nicht für alle Fälle siegreich im Kampfe mit der Krankheit hervorgegangen. Das waren und sind etwa 2—3% der Fälle. Dauer der Behandlung und Kosten derselben machen die Phototherapie den Armen unzugänglich. Man mufs sich überhaupt hüten, alles schematisch zu behandeln; man verfahre eklektisch im besten Sinne. Sehr wertvolle Dienste leistet da die von Ehrmann angegebene Behandlung des Lupus mit Resorcinpaste, die Joseph seit 2½ Jahren zu seiner gröfsten Zufriedenheit verwendet.

Die Resorcinpaste (Resorcin 3,0, Lanolin 4,0, Ung. simpl. 5, Vaselin 2,0) wird auf Leinwand gestrichen. Der Verband ist früh und abends zu erneuern. Schon nach zwölf Stunden tritt oberflächliche Nekrotisierung ein. Auf die gereinigte nächste Schicht wird nun wieder die 30%ige Paste aufgelegt und so fort durch 8—10 Tage. Dann zur Linderung und Klärung der Lage 3—4 Tage Borsalbenlint. Der Kranke ist noch ans Zimmer aber nicht ans Bett gefesselt. Joseph verwendet eine etwas härtere Paste: Resorcin 30,0, Zinc. oxydat. Amyl. ā 20,0, Vasel. flav. ad 100,0. Schon nach drei Tagen sehen die vorher blauroten lupösen Gebilde grauschwärzlich verschorft aus. Schmerzen werden nur gering empfunden. Zur Reinigung wie Klärung

giebt Joseph dann Essigsaure Thonerdeumschläge drei Tage lang (2 Eßlöffel Liquor auf 1/4 Liter Wasser). Nun erscheinen schon gute Granulationen, doch wird das Verfahren bis zur völligen Zufriedenheit des Arztes mit dem Aussehen der Haut fortgesetzt. Ist man so weit, so thun Euguformpulververbände den besten Dienst zur Heilung. *Hopf-Dresden.*

Die Kalomelinjektionen beim Lupus und nicht syphilitischen Affektionen, von Asselbergs. (*Presse méd. belge.* 1902. No. 9 und 10.) Der Verfasser, welcher 14 Fälle von Lupus mit Einspritzungen von Kalomel behandelt hat, erzielte in fünf Fällen dadurch totale Heilung, soweit das klinische Bild diese Diagnose zuläßt. Bei zwei Kranken widerstanden nur zwei Lupusknötchen dem Medikament, in fünf Fällen trat deutliche Besserung ein (Resorption der Infiltrate, Vernarbung der Geschwüre), bei zwei Kranken fand keinerlei Beeinflußung statt. Von den erst genannten fünf Patienten blieb nur einer in den nächsten vier Jahren gänzlich von neuen Eruptionen verschont. Zwei von ihnen acquirierten kleine circumscripte Rezidive, die dem Glühstift verfielen. Bei zwei von den Kranken folgten ausgedehntere Rückfälle. Günstige Einwirkungen der Kalomelinjektionen auf Lupus und Hauttuberkulose berichten ferner Fournier, du Castel, Truffi, Bertarelli. Besonders günstig ist die Aktion auf die Infiltrate und Geschwüre des lupösen Herdes. Das Tuberkelknötchen selbst zeigt sich meist resistent. Eine zweite Beobachtungsserie des Verfassers gab auf 18 Lupöse acht leidlich befriedigenden Resultate.

Im übrigen wirkt das Kalomel auch resorbierend auf die plasmatischen Infiltrationen (Elephantiasis, Cancroid, Lepra, Gelenktuberkulose), zum Teil führt es wirklich, wie in gewissen Fällen von Elephantiasis, zur Heilung. In diagnostisch zweifelhaften Fällen darf man keineswegs aus einer durch Kalomeleinspritzungen erzielten Besserung Schlüsse auf die spezifische Natur der Affektion ziehen. *Hopf-Dresden.*

c. *Syphilis.*

Syphilis ohne Primäraffekt, von H. Léculier. (*Thèse de Paris.* 1901. Nach *Journ. d. pratic.* 1902. No. 14.) Syphilis ohne Primäraffekt kommt, abgesehen von der konzeptionellen und der placentaren Infektion unter zwei Bedingungen vor: 1. wenn die Stelle, an der das Virus eingedrungen ist, reseziert wird und 2. wenn die Einimpfung des Giftes in der Tiefe, etwa in den Muskeln erfolgt. Cordier resezierte bei einem Manne am Tage nach dem Coitus mit einem luetischen Weibe die Stelle, an der die Infektion mutmaßlich stattgefunden hatte; es blieb infolgedessen der Schanker, nicht aber die Syphilis aus. Augagneur machte bei einem Patienten mit Blennorrhoe und Phimose die Circumcision: zwei Monate später traten die Symptome einer konstitutionellen Syphilis auf, obwohl kein Schanker beobachtet worden war. Einimpfung des Virus in der Tiefe der Gewebe kommt vor bei Verwendung syphilitisch infizierter Injektionsspritzen, besonders auch bei Verletzungen, die sich Ärzte mit solchen Spritzen zuziehen; auch in diesen Fällen stellen sich die Erscheinungen der konstitutionellen Syphilis ein, ohne daß ein Primäraffekt vorausgeht. Der Verlauf der Lues scheint in Fällen der letzteren Art ein schwererer und rapiderer zu sein als gewöhnlich, vielleicht weil das Virus direkt in das Blut eindringt. Wichtig ist es, in solchen Fällen stets auf die ersten luetischen Allgemeinsymptome, die Verminderung der roten Blutkörperchen und des Hämoglobins und die Vergrößerung der Milz, zu fahnden; die sekundär-syphilitischen Manifestationen in der Haut stellen sich erst später ein. Die letzteren haben für die Diagnose übrigens keine prinzipielle Bedeutung, ihr Auftreten ist lediglich abhängig von dem Zustande der Haut, bezw. der Schleimhäute. Die Mißerfolge bei den Versuchen, die Syphilis

auf Tiere zu überimpfen, sind vielleicht so zu erklären, dafs auch bei den Tieren immer nach Hauterscheinungen gesucht wird; es ist viel wichtiger, auf die wirklich konstanten syphilitischen Veränderungen im Blute und an den Arterien, an den Eingeweiden und an den Knochen zu achten. *Göts-München.*

138 neuere Fälle von extragenitaler Syphilisinfektion, von Ernst Iványi. (*Pest. med.-chir. Presse.* 1902. No. 18.) Von den mitgeteilten Fällen extragenitaler Syphilisinfektion hat Verfasser 93 im St. Stephanspital für Haut- und venerische Krankheiten innerhalb 3½ Jahren selbst beobachtet; 45 entstammen der Privatpraxis von Prof. Róna. 104mal handelte es sich um extragenitale Infektion sensu strictiori; 17mal um Syphilis d'emblée, wo die Invasionspforte sicher aufserhalb der Genitalien lag, aber nicht gefunden wurde. Es waren 70 Männer, 68 Frauen, 27 Kinder (unter 25 Jahren). Da das Krankenhaus für Männer doppelt so viel Betten hat, als für Frauen, prävalieren letztere bedeutend. Der häufigste Sitz des Initialaffekts waren die Lippen (52 Fälle), dann die Tonsillen. — Dafs die extragenitale Syphilis eine schwerere ist, bestätigte sich nicht. — Als die wichtigsten prophylaktischen Mittel sind zu bezeichnen: Reinlichkeit und Aufklärung. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zwei Fälle von extragenitaler luetischer Infektion, von A. Blanche de la Roche. (*Med. Obosrenje.* 1902. No. 11.) In den zwei Fällen von extragenitaler Infektion mit Lues, welche der Verfasser beschreibt, handelte es sich in dem einen um zwei Ulcera indurata auf dem rechten Oberarm bei einem 26jährigen Mechaniker nach Bifs und in dem andern um eine Sklerose auf dem Halse bei einer 18jährigen jungen Dame nach einem Kufs. *Arth. Jordan-Moskau.*

Faktoren für die Schwere der Syphilis, von G. Marcou. (*Indépend. méd.* 1901. No. 27.) Entgegen den meisten Syphilidologen Frankreichs, welche mit Fournier an der Spitze der Meinung sind, dafs eine Tochtersyphilis nicht von der Schwere der Muttersyphilis abhängig ist, sondern in ihrem Verlauf durch das Terrain, das heifst die Konstitution des Trägers und die ihm widerfahrende Behandlung beeinflufst wird, glaubt der Verfasser, dafs die Quelle einer Syphilis den Hauptfaktor für den schweren oder leichten Verlauf abgiebt: Schwere Infektion — schwere Syphilis, leichte Infektion — leichte Syphilis. *Hopf-Dresden.*

Über das sogenannte Profetasche Gesetz, von Leopold Glück. (*Wien. med. Wochenschr.* 1902. No. 9.) Das Profetasche Gesetz stellt höchstens eine Regel dar, die sehr viele Ausnahmen hat oder überhaupt nicht begründet ist. Wäre das Gesetz berechtigt, dann müfste in Ländern, wo die Syphilis lange Zeit als Volkskrankheit herrschte — wie in Bosnien —, die extrauterin erworbene Kindersyphilis selten sein. Das ist aber nach Verfassers Erfahrung nicht der Fall; ca. 10% seiner an recenter Syphilis erkrankten Patienten betreffen Kinder unter 15 Jahren, davon ein Drittel Kinder zwischen 6 Monaten und 5 Jahren. Von Interesse ist der mitgeteilte Fall: Eine mit recenter sekundärer, besonders auch an den Brustwarzen lokalisierter Lues behaftete Mutter infiziert ihren gesunden Säugling, bei dem drei Monate nach der Geburt sich an der Lippe ein Initialaffekt zeigt. Die Frau hatte laut Anamnese im vierten Monate ihrer Gravidität die erste Erscheinung von Lues in Gestalt eines Initialaffekts an der Brustwarze gezeigt. — Verfasser will das Profetasche Gesetz streichen und dementsprechend den Grundsatz aufgeben, dafs die Mütter die besten Ammen ihrer Kinder sind. (Man wird da doch unterscheiden müssen zwischen den Müttern, deren Infektion vor der Gravidität stattgefunden hat,

und den intra gravidatem infizierten. Bei letzteren kann die Überwanderung des Virus durch die Placenta ausbleiben, erstere aber werden wohl ihre Kinder stets infizieren oder immunisieren. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Syphilis und Bacillus fusiformis, von H. Vincent-Paris. (*Presse méd.* 1901. No. 44.) Nachdem Boulloche in einem Fall von Syphilis der Mandel daselbst Streptokokken nachgewiesen hat und Hudelo und Bourges den Bacillus coli, Streptococcus, Staphylococcus aureus und albus gefunden haben, ist Verfasser der bakteriologischen Untersuchung des Tonsillarsekrets bei zwei Fällen von ulcerös-diphtheroider Mandelsyphilis und sieben Fällen von Schleimhautplaques des Mundes und der Tonsillen näher getreten. In den beiden ersten Fällen waren nachweisbar zahlreiche Mikrokokken, keine, beziehentlich sehr wenig Spirillen, vereinzelte Bacilli fusiformes. Die Kulturen ergaben Streptokokken, Staphylococcus albus und aureus subtilis, Bacillus coliformis, gelbe Sarcine. Auf den Plaques muqueuses des Mundes und des Pharynx Staphylokokken, Streptokokken, Pneumokokken und Pseudodiphtheriebacillen. Waren hier nur wenige fusiforme Bacillen, wie sie der Verfasser früher für gewisse Anginen beschrieben hat, vorhanden, so sahen Athanasia, Le Tulle, Niclot und Marotte auch Fälle mit reichem Gehalt an diesen Bacillen. Man muſs für die Mehrzahl dieser Fälle die Entwicklung der fusospirillären Infektion auf der präexistierenden spezifischen Tonsillitis annehmen. Die Syphilis spielt dabei die gleiche Rolle, wie die elektrokaustische Verschorfung der Mandel. Denn auch hier zeigen sich dieselben Bacillen in der durch den Eingriff geschaffenen falschen Membran.

Hopf-Dresden.

Beitrag zur Lehre von den Syphilisbacillen, von Max Joseph und Piorkowski. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1902. No. 12—14.) In der Sitzung der Berliner medizinischen Gesellschaft vom 5. März 1902 demonstrieren die Verfasser ihre interessanten Forschungen über die Auffindung des Krankheitserregers der Syphilis. Ihre Untersuchungen erstreckten sich auf eine groſse Zahl von Sperma Luetischer, welches sie auf normaler Plazenta kultivierten. Das Resultat war von Anfang an auffallend: Auf der mit syphilitischem Sperma infizierten Plazenta fanden sich schon bald kleine thautröpfchenartige Kolonien, welche Stäbchen enthielten, plump, zumeist an einem Ende kolbig verdickt, sehr oft körnerartig degeneriert, vor allem fiel an ihnen aber eine deutliche staketenartige Lagerung auf, sie lieſsen sich am besten mit verdünntem Karbolfuchsin oder Gentianaviolett färben. In auf Bouillon oder Agar übertragenem Sperma lieſsen sich die Stäbchen nicht finden. Die Zeit von der angeblichen Infektion bis zur Untersuchung des Sperma betrug fünf Wochen bis zwei Jahre und werden 22 Krankengeschichten der Infizierten kurz geschildert, alle 22 Versuche ergaben stets das reichliche Vorhandensein des gleichen Bacillus. Auch wurde verschiedentlich frisch gelassenes Sperma sofort ohne Dazwischentreten der Plazenta auf Blutserum überimpft, auch darin wurde der Bacillus gefunden, der niemals in gesundem Sperma vorkam, ebenso wie auf Plazenten, die mit Sublimatlösung bestrichen waren, das Wachstum der Bacillen ausblieb. Sobald die Spermatozoen abgestorben waren, gelang es nie mehr, Bacillen zu kultivieren, ebensowenig, wenn im Ejakulat keine Spermatozoen vorhanden waren, so daſs das Vorkommen der Bacillen an die lebenden Spermatozoen gebunden zu sein scheint. Die Frage, ob diese Bacillen der lange gesuchte Erreger der Lues sind, ist nicht ohne weiteres zu beantworten, da eine Überimpfung auf den Menschen naturgemäſs bisher unterblieb, die Tiere hingegen immun zu sein scheinen, wenngleich ein mit diesen Bacillen geimpftes Schwein ein auffallendes Exanthem zeigte. Immerhin ist das konstante Auftreten der Bacillen durchaus auffallend und fordert zu weiteren Untersuchungen und Nachprüfungen auf. In der

interessanten Debatte nach diesem Aufsehen erregenden Vortrag meint Jürgens, dafs van Nissen ähnliche Bacillen geschildert hat und auch sonst schon „tingible" Körperchen im Blut Syphilitischer erwähnt wurden. Isaak meint, dafs nur die Impfungen positiven Erfolg zeitigten, wo das Sekret von syphilitischen Produkten (Sklerose, Papeln) auf Gesunde übertragen wurde, während Ritter bisher bei seinen Blutuntersuchungen niemals ähnliche Keime fand. Im Schlufswort betont Josef, dafs seine Versuche, den Bacillus auch in anderen syphilitischen Produkten zu finden, noch nicht abgeschlossen sind, dafs es aber sehr leicht sei, aus dem harten Schanker denselben Bacillus zu finden, während van Nissen bald diesen, bald jenen Bacillus als Krankheitserreger bezeichnet. Jedenfalls ist zu hoffen, dafs die fleifsigen Untersuchungen der Verfasser uns einen Schritt weiter bringen auf dem bisher leider stets erfolglos betretenen Wege. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Der Wert der Justusschen Probe, nebst einer Statistik, von Henry Tucker-Philadelphia. (*Phil. med. Journ.* 10. Mai 1902.)

Die Justussche Probe für Syphilis, nebst einer Statistik, von William E. Huger-Charleston. (Ibidem.) Nach Justus soll bei Primärsyphilitischen der Hämoglobingehalt des Blutes 24 Stunden nach einer kräftigen Merkurialeinreibung um 10 bis 20% niedriger sein, als vor der Inunktion. Tucker prüfte diese Reaktion an 37 Fällen und kommt zu dem Ergebnis, dafs sie für die Differentialdiagnose venerischer Geschwüre ohne praktische Bedeutung sei. Fast ebenso oft wie bei Syphilis fällt die Probe bei solchen Affektionen, die mit Syphilis gelegentlich verwechselt werden können, positiv aus.

Den gleichen Schlufs zieht auch Huger aus der Untersuchung von 16 einschlägigen Fällen. *M. Levor-Hamburg.*

Über Herzkrankheiten im Verlauf der Syphilis und Blennorrhoe, von G. Fischer. (*Presse méd.* 1902. No. 5.) Ricord war der erste, welcher die Syphilis selbst als Ursache mancher Erkrankungen des Myocards und der Herzhöhlen erkannte. Vor ihm war stets das Quecksilber als ätiologisches Moment angesprochen worden. Die Herzsyphilis ist entschieden von häufigerem Vorkommen als man denkt. Sie tritt meist bei Leuten zwischen 30 und 40 Jahren und 6—10 Jahre nach dem Primäraffekt auf, nach Rosenthal auch 2—4 Jahre danach. Fournier registriert schon in den ersten Zeiten der Infektion Herzstörungen, zur Zeit der ersten Roseolen. Meist sind die syphilitischen Herzerkrankungen tertiäre Symptome. Die ersterwähnten Störungen der ersten Zeit der Syphilis bleiben rein funktionelle, infolge der mit der konstitutionellen Erkrankung verbundenen Ernährungsstörung und der Toxinbildung des Körpers. Die ersten anatomischen Veränderungen betreffen das Herzfleisch. Endo- und Pericard erkranken nur sekundär. Die Myocarditis kann eine gummöse oder interstitielle fibröse sein. Beide coexistieren häufig. Auch eine vaskuläre Form tritt zuweilen in Erscheinung. Sitzen die Gummen dem Endo- oder Pericard nahe, so können sie Anlafs zu einer Endocarditis oder Pericarditis geben. Sie endigen entweder in Narbenheilung oder in fettige, käsige, beziehentlich kalkige Degeneration. Abscedierungen in die Herzhöhlungen mit Bildung akuter Herzaneurysmen kommen selten vor; Thrombosen oder chronische Aneurysmen infolge Zerstörung der Herzwände sind dagegen häufiger. Isolierte Pericarditis ist selten zu beobachten. Auch sah Hallopeau zuerst und beschrieb eine Angina pectoris syphilitica infolge Störung der Herzganglien und -nerven. Disponierend wirken Alkohol, frühere Klappenfehler, Diabetes, vorausgegangene Nierenstörungen, Arteriosklerose, Tabakgenufs, Überanstrengung, mangelnde spezifische Behandlung. Bei den Tripperaffektionen des Herzens pflegt besonders das Endocard betroffen zu werden und zwar meist in der vierten bis sechsten Krankheits-

woche. Notwendigerweise mufs vorher der hinterste Teil der Urethra erkrankt gewesen sein. Der Gonococcus lokalisiert sich mit Vorliebe an den Klappen, besonders der Tricuspidalis und Mitralis, wo er kleine weiche, unregelmäfsige, oft zu veritablen Perforationen führende Wucherungen erzeugt. Pericarditis blennorrhoica ist eine seltene Erkrankung, Myocarditis blennorrhoica tritt nur sekundär in Erscheinung. Man unterscheide eine Endocarditis blennorrhoica ulcerosa, maligna, letalis und eine Endocarditis benigna chronica. Therapeutisch von besonderem Wert ist die sofortige Behandlung des hinteren Harnröhrenabschnittes. *Hopf-Dresden.*

Ein Fall von Herzsyphilis mit starker Erweiterung der Pulmonalarterie, von K. Wagner und G. Kwjaskowski. (*Wratsch.* 1902. Heft 25 und 26.) Die Verfasser berichten über folgenden, seltenen Fall von Herzsyphilis. Ein 49jähriger Schlosser wurde wegen Atemnot und Ödem in die Kiewer therapeutische Klinik aufgenommen. Anamnestisch liefs sich sich eine vor vier Jahren stattgefundene syphilitische Infektion nachweisen, die jedoch unbehandelt geblieben war. Objektiv fielen bei der Untersuchung des Kranken aufser den Ödemen an den unteren Extremitäten, den Geschlechtsteilen und im geringen Grade am Rumpf und im Gesicht die Veränderungen seitens des Herzens auf. Rechts überschreitet die Herzgrenze auf zwei Fingerbreiten den rechten Rand des Sternums und links reicht sie zwei Fingerbreiten nach aufsen von der Mamillarlinie. Rechts vom Sternum hört man im zweiten Intercortalraum ein undeutliches, diastolisches Geräusch. Der Puls ist hart, gespannt, arythmisch, 90 Schläge in der Minute. Die Leber ist zwar vergröfsert, aber glatt. Die Milz ist nicht zu fühlen. Der Urin enthält Eiweifsspuren. Die klinische Diagnose lautete auf Vitium cordis auf möglicherweise luetischer Basis. Nach 17tägigem Aufenthalt in der Klinik starb Patient plötzlich. Bei der Sektion wurde hinsichtlich des Herzens folgendes konstatiert: Das Herz ist $1^1/_2$mal vergröfsert und zwar mehr auf Kosten des rechten Ventrikels. Die Wand desselben ist verdickt. Die Pulmonalarterie ist stark erweitert, 12 cm im Umfang, ihre Wände sind bis zu 6—7 mm verdickt. Die innere Fläche derselben ist uneben, infolge zahlreicher, flacher, papelartiger Verdickungen, von denen einige gelb, andere rötlich sind. Auch der linke Ventrikel ist bedeutend vergröfsert. Die mikroskopische Untersuchung der Pulmonalarterie wie der Herzmuskulatur ergab das Bestehen von diffuser und herdförmiger Infiltration, die stellenweise in charakteristische syphilitische Gummen übergeht, Endarteriitis und endlich herdweise fibröse Myocarditis. Es handelte sich also um eine gummöse Affektion des Herzens und der Pulmonalarterie, eine Veränderung, die nur selten in der Litteratur beschrieben worden ist. *Arth. Jordan-Moskau.*

Syphilis und Elephantiasis vulvae, von M. Tschlenoff. (*Med. Obosrenje.* 1902. No. 11.) Nach einer Besprechung der Ansichten von Koch und Bandler über die Ätiologie der Elephantiasis vulvae, von denen ersterer der Syphilis als ätiologisches Moment für dieselbe nur eine untergeordnete und letzterer eine Hauptrolle zuweist, beschreibt Verfasser eine eigene Beobachtung von Elephantiasis vulvae. Es handelte sich um eine 88jährige Luetikerin, welche aufser der Elephantiasis der grofsen und kleinen Schamlippen, noch gummöse Ulcera der Vagina aufwies. War also hier die Syphilis unzweifelhaft als Ursache der Elephantiasis anzusprechen, so glaubt Verfasser auch im allgemeinen, dafs der Syphilis keine geringe, aber nicht eine so ausschliefsliche Bedeutung, wie Bandler und Waelsch verlangen, zuzuschreiben ist. Die Elephantiasis vulvae unterscheidet sich in ihrer Pathogenese durchaus nicht von der Elephantiasis der unteren Extremitäten, deren Ätiologie sehr mannigfaltig ist. In therapeutischer Hinsicht sah Verfasser in seinem Fall gute Erfolge von Kalomelinjektionen. *Arth. Jordan-Moskau.*

Die Syphilis des Pharynx, von Du Castel. (*Journ. d. pratic.* 1902. No. 6.) Kurze Monographie der Syphilis des Pharynx in Form einer klinischen Vorlesung.

Göts-München.

Die syphilitische Dünndarmstenose, von Fritz Rosenfeld-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1902. No. 14.) Nach Besprechung der einschlägigen Litteratur berichtet R. über zwei Fälle luetischer Dünndarmstenose aus der Praxis seines Vaters, deren einer im jugendlichen Alter von 28 Jahren zur Beobachtung kam.

Bernhard Schulze-Kiel.

Syphilis des Mastdarms und der Aftergegend, von John A. Hawkins-Pittsburgh. (*Int. med. Mag.* Januar 1902.) Der Aufsatz enthält nichts Neues.

A. Loewald-Graudenz.

Fieberhafte Lebersyphilis, von Julius Mannaberg. (*Wien. med. Wochenschr.* 1902. No. 13.) In einer Arbeit „Diagnostische Bemerkungen zu einigen Unterleibskrankheiten" berichtet Verfasser auch über einen Fall von Lebersyphilis, der mit Fieber einherging. Eine 45jährige Dame litt an intermittierendem Fieber, das täglich oder jeden andern Tag einsetzte, mit hohen Temperaturen einherging. Nur zeitweilig blieb das Fieber einige Zeit fort. Chinin in grofsen Mengen hatte nichts geholfen. Appetit und Körperkräfte hatten abgenommen. Das Blut war frei von Malariamikrobien. Es fand sich ein grofser Milztumor und eine Vergröfserung des rechten Leberlappens bis zur Nabellinie; die Konsistenz der Leber war abnorm derb, der Rand plump, die Palpation etwas schmerzhaft. Auch die Blutuntersuchung im Fieberanfall ergab ein negatives Resultat. — Auf die Vermutung hin, dafs es sich um Lebersyphilis handeln könnte, gab Verfasser Jodkalium in grofsen Dosen. Der Erfolg war zauberhaft. Die Leber nahm an Umfang ab, die Schmerzhaftigkeit schwand, die Dame erholte sich schnell und blieb seitdem gesund. — Dafs Lebersyphilis mit hartnäckigem, intermittierendem Fieber einhergehen kann, findet man in den neueren Werken nicht erwähnt. Frerichs hat aber berichtet, dafs Nachschübe des syphilitischen Prozefses in der Leber mit Fieber einhergehen können.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Nierengumma, von J. Erdheim. (*Wien. med. Wochenschr.* 1902. No. 10.) Ein sehr ausreichend behandelter Luetiker bekam dennoch ausgedehnte gummöse Zerstörungen der Knochen, besonders am Schädel. Es wurde ein Sequester des Stirnbeins entfernt, der 10 cm lang und 5½ cm breit war; beide Nasenbeine, fast die ganzen Nasenmuscheln, der vordere Teil des linken Orlitaldachs waren zu Grunde gegangen. Der Prozefs schritt aber noch vor. Ebenso malign sind die Gelenkentzündungen des Patienten, stets sich anschliefsend an eine Periostitis der Epiphyse. Zu diesen Affektionen gesellte sich Hämaturie, die mit Schwankungen zwei Monate anhält, aber nach sechs Wochen dann wieder rezidiviert. Der relativ gute Allgemeinzustand, der Mangel an Fieber, die grofse Detritusmenge im Sediment, der Wechsel im Blutgehalt, der Erfolg antiluetischer Therapie sprechen für Nierengumma. Neben diesem kann sehr wohl eine Nephritis zeitweilig bestehen. — Von Interesse ist die Wiedergabe der diesbezüglichen Litteratur, die ich hier natürlich nicht rekapitulieren kann.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über einen Fall von syphilitischer Periostitis und gummöser Affektion einer Niere, von Hans Rotky. (*Wien. klin. Rundsch.* 1902. No. 16.) Der 66jährige Patient zeigte eine Choroiditis, periostale Auftreibungen der Scapula, Rippen und Clavicula, mit nachts exacerbierenden Schmerzen, Hämaturie und Albuminurie, die, wie das Cystoscop erwies, einer Niere entstammte. Auf eine antiluetische Kur gingen alle Erscheinungen zurück.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Harnabsonderung bei Syphilitischen, von J. Patoir. (*Arch. général. méd.* April 1901.) Zur Zeit des Ausbruchs der ersten sekundären Eruptionen oder späterer Schübe der Syphilis treten zuweilen im Harn Eiweifs, Zucker, Urobilin auf. Gleichzeitig schwankt die Menge des Harns, seine Dichtigkeit, die Menge des Harnstoffs und die Eliminationskraft gegenüber Methylenblau. Bei den jungen Individuen mit ihren gesunden Nieren pflegen alle diese Faktoren während der erwähnten Periode zuzunehmen, bei älteren Personen und solchen mit nicht ganz gesunden oder nicht zureichend thätigen Nieren, sinken sie hingegen. Aufserdem sinkt merkwürdigerweise bei jedem Schube von syphilitischen Manifestationen die Toxicität des Urins ganz auffallend und konstant. Es mufs das mit Störungen der allgemeinen Körperernährung zusammenhängen. In den Zeiten zwischen Eruptionen liegen normale Verhältnisse bezüglich der Nierenaktion vor. *Hopf-Dresden.*

Syphilis impetiginosa generalisata praecox, von Bock. (*Presse méd. belge.* 1901. No. 46.) Ein 32jähriger Mann acquirierte vor fünf Monaten einen Vorhautschanker, dem sofort eine Roseola folgte. Nach acht Wochen wurde Patient wegen Fieber und Körperschmerzen in ein Hospital aufgenommen, seine Krankheit aber nicht als syphilitischer Natur erkannt und zwar trotzdem sich damals schon einzelne impetiginöse Läsionen der Kopfhaut zeigten. Letztere verbreiteten sich bald auf den übrigen Körper. Die einzelnen Flecke, die sich auf Gesicht, Hals und Extremitäten finden, sind 2—3 cm im Durchmesser lang, an Kopf und Hals fast konfluierend. Es besteht keine Pustelbildung, auch sieht man keinen entzündlichen Hof um die Eruptionen herum, wie er bei der Impetigo simplex beobachtet wird. Trotz des üblen Aussehens heilen diese Fälle von Impetigo syphilitica praecox unter spezifischer Therapie schnell ab, während für die tertiäre Form das Gegenteil gilt. In ersterem Falle ist die Infiltration eine oberflächlichere. Im vorliegenden Falle erfolgte totale Vernarbung aller Eruptionen nach 14tägiger Behandlung mit täglich drei Pillen von 0,05 Protojoduret sowie roter Präcipitatsalbe. *Hopf-Dresden.*

Syphilitisches Gumma des Stirnlappens mit Anfällen von Jacksonscher Epilepsie, von G. Dieulafoy-Paris. (*Presse méd.* 1901. No. 85.) Der Verfasser berichtet den Fall eines 40jährigen Buchdruckers, der fast komatös ins Hospital gelangte. Fünf Tage vorher hatte ihn der behandelnde Arzt das erste Mal gesehen. Der Kranke, welcher stets gesund gewesen war, wurde in der Nacht gegen 1 Uhr wegen starken Schnarchens von seiner Frau aufgeweckt. Dabei wurde entdeckt, dafs der beim Zubettgehen noch absolut gesunde Mann ohne Bewufstsein war. Der Arzt konstatierte Zungenbifs und spontane Miktion im Bett. Wegen Verdachts einer Epilepsie, wohl spezifischer Natur, verordnete der Arzt Sirup Gibert und Jodkalium. (Zehn Jahre früher hat der Kranke Lues durchgemacht.) Der Kranke, welcher tags darauf nur mühsam zu sprechen vermochte, aber durch Zeichen zu verstehen gab, dafs er alles percipierte, was um ihn vorging, erkrankte in der nächsten Nacht aufs neue und zwar „an einem Anfall, der gar nicht wieder aufhörte". Koma; Schweifse; stertoröses Atmen, 40° Fieber. Der sofort gerufene Kollege bemerkte nun auch Krämpfe der Augen- und Halsmuskulatur, des rechten Arms, dann des rechten Beines. Vier Stunden lang Anfall auf Anfall. Darauf kurze Erholung. In diesem halbkomatösen Zustand kommt der Kranke ins Hospital. Die Diagnose wurde gestellt auf eine Syphilis tertiaria gummosa oder sclero-gummosa der linken Regio Rolandica. Es wurden sofort 8 mg Kalomel injiziert, da keinen Augenblick mit einer durchgreifenden Medikation gezögert werden durfte. Trotz Steigerung der Dosen auf 12 mg erfolgte keine Besserung. Exitus letalis am 6. Krankheitstag. Die Autopsie ergab an Stelle der ganz normalen

Verhältnisse in der Gegend der linken Fissura Rolandi ein Gumma des linken Stirnlappens. Zum Schluſs berichtet Dieulafoy über eine ganze Anzahl von Fällen mit der gleichen Lokalisation bei denselben klinischen Erscheinungen, wie beim vorerwähnten Kranken. *Hopf-Dresden.*

Gumma syphiliticum des Stirnlappens mit Anfällen von Jacksonscher Epilepsie, von G. Dieulafoy-Paris. (*Presse méd.* 1901. No. 93.) Dieulafoy wiederholt noch einmal gegenüber den Ausführungen einzelner Gegner das wesentliche seines in einer früheren Veröffentlichung berichteten Falles — Auftreten Jacksonscher Epilepsie; Diagnose: Gummöse Geschwulst der Regio Rolandica. Exitus letalis trotz energischer Kalomeldosen. Bei der Autopsie Feststellung totaler Integrität der als krank vermuteten Gehirnpartie und gummöse Entartung eines Teils des Stirnlappens. Polemische Bemerkungen des Verfassers. *Hopf-Dresden.*

Die neueren Erfahrungen über die Beziehungen der Syphilis zu den Nervenkrankheiten, von Wolff-Oldenburg. (*Reichs-Med.-Anzgr.* 1902. No. 3/4.) Auf die Kasuistik einzelner Fälle von cerebraler Kinderlähmung, Littlescher Krankheit, multipler Sklerose, Myelitis, spastischer Diplegie und Spinalparalyse, in denen die Syphilis als sichere oder wahrscheinliche Ursache des Leidens nachgewiesen worden ist, wollen wir nicht eingehen, da immerhin der Zusammenhang genannter Affektionen, ebenso wie des Hydrocephalus, peripherer Neuritiden und anderer nervöser Krankheiten mit der Syphilis noch nicht allgemein und zweifelsfrei anerkannt ist. Uns interessieren vor allem Tabes und Paralyse in ihrem Zusammenhange mit der Lues. Heiberg fand bei 70 Tabikern 40 mal durchgemachte Syphilis, wobei die Art der Kur auf das Erscheinen des Rückenmarkleidens ohne Einfluſs war. Motschutkowski, der 1662 Fälle von Tabes registrierte, fand bei 30,5 % sicheres, bei 5,5 % wahrscheinliches früheres Überstehen einer spezifischen Erkrankung, hält aber gleichwohl ätiologisch nicht diese letztere, sondern Excesse in venere für das ätiologisch in Frage kommende Moment. Sarbo fand bei allen seinen Tabesfällen, daſs Lues vorausgegangen war, und rät, für beginnende Fälle sofort zur spezifischen Behandlung zu schreiten. Didinski glaubt, daſs für die Tabes des Kindesalters die Lues hereditaria die gröſste Rolle spielt. Nach Tschiniew sind neben unzureichend behandelter Syphilis auch Erkältungen und Alkoholismus ätiologisch zu beschuldigen. Kendz hält die Lues nicht einmal für ein prädisponierendes Moment (in manchen Fällen), auch die Stärke der spezifischen Kuren sei ohne Einfluſs auf eine etwaige spätere Tabes. Speyr ist überzeugter Anhänger der spezifischen Ätiologie von Tabes und Paralyse. Frey Swenson, der an den Paralytikern der Anstalten Schwedens seine Studien machte, fand in 39,3 % die Syphilis als kausale Noxe. Für Näcke kommt daneben noch erbliche Belastung in Frage. In der Mehrzahl der Paralysefälle sei ein invalides Gehirn, eine angeborene anormale Gehirnkonstitution die Grundlage, auf der erst die Lues wirken könne. Van Breemo fand für Niederländisch-Indien Lues und Klima als Grundlagen der Paralyse. Da letztere bei den kulturlosen Völkern selten, die Lues aber bei ihnen häufig vorkomme, so müssen nach Ansicht dieses Autors wohl noch andere Momente ätiologisch in Betracht gezogen werden (Alkohol, chronische Gemütserregungen und Erblichkeit). Nach Sprengeler war bei 46,2 % der männlichen und bei 35,9 % der weiblichen Paralytiker der Göttinger Klinik sicher Syphilis vorhergegangen, bei 8,3 beziehentlich 18,0 % war dieses Ereignis wahrscheinlich. Eine noch dunkle Rolle spielt die Syphilis in der Ätiologie der Epilepsie, doch wächst die Wahrscheinlichkeit der Wichtigkeit der spezifischen Erkrankung auch auf diesem Gebiete. Bratz fand bei 400 Fällen 5 %, in denen die Lues der Eltern die alleinige oder mitwirkende Ursache des

Leidens war. LANGE sah bei 700 Epileptikern 4,3% Fälle, die auf eine spezifische Ätiologie hindeuteten. Auch betreffs der Psychosen spielt die Lues heute eine beträchtliche Rolle. *Hopf-Dresden.*

Syphilis und Tabes, von WILHELM ERB-Heidelberg. (*Jahrb. f. Psych. u. Neurol.* 1902.) In Form eines offenen Briefes an seinen Freund KRAFFT-EBING bietet E. einen kurzen Überblick über die Statistiken und sonstigen Schriften über den Zusammenhang zwischen Syphilis und Tabes, der erfreulicherweise von den meisten Forschern nach ERBS Vorgang anerkannt wird. Auch die Ansichten und Statistiken der Gegner der FOURNIER-ERBschen Theorie kritisiert E. in bekannter scharfer Weise, wobei er besonders gegen GLÄSER-Hamburg Front macht. E. bleibt auf dem Standpunkte stehen, dafs die Syphilis die bei weitem wichtigste und häufigste Ursache der Tabes ist, der gegenüber alle anderen in Betracht gezogenen Ursachen durchaus zurücktreten. Eine ausführliche Arbeit über sein reiches Material behält sich Verfasser für spätere Zeiten vor. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Ist die Tabes dorsalis syphilitischen Ursprungs? Ist sie heilbar? von B. DUHOT. (*Ann. Policlin. centr.* 1902. No. 3.) Die Gegner der FOURNIER-ERBschen Lehre führen bekanntlich als Hauptgegenbeweise ins Feld, dafs die pathologische Anatomie der Tabes nicht den mindesten Zusammenhang mit spezifisch-syphilitischen Veränderungen aufweise, und zweitens, dafs die antisyphilitische Therapie gegen Tabes machtlos ist. Verfasser weist nach, dafs das Fehlen spezifischer Befunde noch kein Beweis dafür sei, dafs ein Zusammenhang zwischen Syphilis und Tabes ausgeschlossen ist. Was die Machtlosigkeit der Therapie betrifft, so ist das für ausgesprochene Tabes zutreffend. Verfasser beweist aber an einem Falle seiner Beobachtung, dafs bei frühzeitigem, energischem Eingreifen die antisyphilitische Therapie wohl erfolgreich sein kann. Der Fall betraf einen 27jährigen Herrn, bei dem im zweiten Jahre nach der syphilitischen Infektion sich bereits ausgesprochene Tabessymptome einstellten. Nach zweimonatlicher gemischter Behandlung waren die Symptome so gut wie beseitigt.
A. Loewald-Graudenz.

Über die Nachteile der intensiven Quecksilberbehandlung bei der syphilitischen spastischen Paraplegie, von E. BRISSAUD und PIERRE MARIE. (*Journ. d. pratic.* 1902. No. 12.) Im Anfangsstadium einer syphilitischen spastischen Paraplegie, solange nur eine leichte Behinderung im Gehen und eine Schwäche der Flexoren der Beine vorhanden ist, ist eine einmalige oder zweimalige intensive Quecksilberkur am Platze, ebenso bei Kranken, bei denen nach einem kurzen Prodromalstadium sehr rasch eine Paralyse der vier Extremitäten oder eine Paraplegie mit Hemiplegie eingetreten ist. Dagegen wird die ausgebildete syphilitische spastische Paraplegie durch eine intensive Quecksilberbehandlung nicht nur nicht gebessert oder geheilt, sondern sogar verschlimmert. Unter dem Einflusse der Merkurialisation steigern sich die vorhandenen Bewegungsstörungen, manchmal kommt es sogar zu einer akuten Exacerbation, die sich in Parästhesien oder Paresen der oberen Extremitäten äufsert. Diese Verschlimmerungen bewirken natürlich bei den Kranken eine starke psychische Depression und einen instinktiven Widerwillen gegen die Quecksilberbehandlung. Eine ganz milde spezifische Therapie, bestehend in täglich wiederholten Injektionen von 0,005 bis 0,008 Hydrargyrum bijodatum, oder in innerlicher Verabreichung von Hydrargyrum jodatum oder von Jod in mäfsigen Dosen, scheint allerdings zumeist nicht zu schaden, vielfach sogar zu nützen; diese Art der Behandlung soll daher in allen Fällen versucht werden. Das gleiche wie für die ausgebildete syphilitische spastische Paraplegie gilt auch für den seltener vorkommenden tabisch-spastischen Typus der luetischen Myelitis.

Bei der Tabes wie bei der allgemeinen Paralyse scheint nach den Erfahrungen der Verfasser eine intensive Quecksilberbehandlung sowohl in der Anfangsperiode, wie zu Beginn des Höhestadiums eine entschieden günstige Wirkung auszuüben.

Götz-München.

Die spastische syphilitische Paraplegie, von Pierre Marie-Paris. (*Presse méd. belge.* 1902. No. 5.) Der Verfasser berichtet die Krankengeschichten einiger Fälle von spastischer Paraplegie spezifischer Natur. Als hauptsächlichste Momente des klinischen Bildes sind zu nennen der Gang mit gespreizten, gestreckten Beinen und einem ausgesprochenen Balancieren mit dem Oberkörper, beruhend auf einer Störung der adduzierenden und flektierenden Muskelthätigkeit, das Bedürfnis, oft und schnell urinieren und defäcieren zu müssen. Ist keine Gelegenheit gegeben, das Bedürfnis in normaler Weise zu erfüllen, so wird es in ungewollter Weise erledigt, und zwar geschieht die Entleerung von Blase oder Darm vollständig. Anders bei Tabes, wo einige Tropfen Urin, ohne dafs es die Kranken bemerken, abfliefsen. Hier wird das Bedürfnis wohl empfunden, aber die Störungen des Lokomotionsapparates verhindern eine normale Erledigung. Dazu kommt Impotenz, Lach- und Weinkrämpfe. Das Leiden entsteht im allgemeinen in den ersten drei auf die Acquisition der Lues folgenden Jahren. Die Kranken befinden sich meist in dem Alter von 28—30 Jahren. Die Tabes tritt dagegen erst 9—15 Jahre nach der Syphilisinfektion auf, meist im Alter von 30, 35—40 Jahren. Nach Erb ist die spastische Paraplegie auf syphilitischer Basis 10mal, nach Pierre Marie 7—8mal so selten als die Tabes. Eine Heilung kommt nicht vor. Der Verlauf kann ein schneller oder langsamer sein. Tod erfolgt durch Gehirnblutung oder Gehirnerweichung. *Hopf-Dresden.*

Dystrophische Stigmata der Pupillen bei hereditärer Syphilis, von G. Marcou. (*Indépend. méd.* 1901. No. 23.) Die ziemlich selten beobachteten hereditärsyphilitischen Dystrophien der Pupille treten in folgenden Formen in Erscheinung: 1. Fehlen der Pupille — Akorie, meist nur einseitig. Das Auge hat seinen Ausdruck verloren. Die Iris imponiert als Netz sklerosierten, opalen, nicht durchscheinenden Gewebes ohne jede Öffnung. Der Träger vermag mit dem betreffenden Auge nur hell und dunkel zu unterscheiden. 2. Pupille multipel und polymorph — Polykorie. An der Stelle, wo sonst die Pupille sitzt, oder in ihrer Nähe finden sich eine Reihe verschieden geformter und verschieden gruppierter Öffnungen; rund, oval, elliptisch, dreieckig. Erkennung der Gegenstände mit Mühe und Fehlerhaftigkeit. 3. Die Pupille stellt eine Ektopie der Pupille dar — Korektopie. Sie ist vergleichbar mit dem durch die Iridektomie geschaffenen Sehloch. Ihre Begrenzungen sind bei der hereditär-syphilitischen Korektopie ganz willkürliche, unregelmäfsige. Auch der Pupillenverschlufs, die dauernde Erweiterung einer Pupille, die als Mydriasis bekannte passagere Dilatation einer oder beider Pupillen, die habituelle Zusammenziehung oder die als Myosis bekannte vorübergehende Kontraktion hängen mit der Lues hereditaria zusammen. *Hopf-Dresden.*

Über ein an den Bautischen Lymphomenkomplex erinnerndes Krankheitsbild, wahrscheinlich hervorgerufen durch kongenitale Lues, von Edmund Hocke-Prag. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1902. No. 16.) H. beobachtete auf der v. Jaksohschen Klinik einen einschlägigen Fall, der letal verlief und den er sowohl klinisch wie mikroskopisch sehr genau beschreibt. Die zum Symptomenkomplex des Morbus Bauti gehörige Leukopenie war anfangs vorhanden, jedoch handelte es sich um Leukopenie mit Lymphämie, ein Befund, der zu Gunsten der kongenitalen Lues spricht. Nach H.s Ansicht handelt es sich um einen Fall von luetischer Hepatitis mit präcirrhotischem Milztumor. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Schlechter Ernährungszustand als Zeichen von kongenitaler Syphilis, von Charles Gilmore Kerley-New York. (*Med. News.* 22. März 1902.) Die sog. hereditäre Spätsyphilis manifestiert sich häufig durch mangelhafte Allgemeinentwickelung, ohne dafs spezifische Veränderungen vorhanden sind, und bedeutet nach K.s Erfahrung eine weiter zurückliegende Infektion auf seiten der Eltern oder deren erfolgreichere Behandlung. K. steht also auf dem Standpunkte, dafs wir syphilitisch Infizierten bei noch so intensiver Behandlung niemals mit absoluter Sicherheit versprechen können, ihre Kinder würden frei von den Folgen der Syphilis sein. Oft bleiben solche Kinder auffallend in der Entwickelung zurück; K. beobachtete 6 Fälle dieser Art bei Kindern von 8—9 Jahren. Bei einem Teile dieser Fälle wurde eine frühere Syphilis von seiten der Eltern geleugnet, aber trotzdem die spezifische Behandlung (Quecksilber und Jodkalium innerlich) bei den Kindern eingeleitet, und sie gab vortreffliche Resultate, während vorher allgemein tonische Behandlung lange Zeit vergeblich angewandt worden war. Wenn es sich also um Vater und Mutter von Durchschnittsgesundheit mit negativer Anamnese und um schwächliche, wenig ausdauernde, appetitlose Kinder handelt, so fügt K. stets Quecksilber (-bichlorid) oder Jodkalium der Behandlung zu, ohne Rücksicht auf die soziale Stellung der Eltern, und erzielt gewöhnlich befriedigende Resultate. *Stern-München.*

Über Syphilisbehandlung, von Neuhaus-München. (*Bayer. ärztl. Corresp.-Blatt.* 1902. No. 6 u. 7). Nach N.s Überzeugung haben zahlreiche unbefangene Beobachtungen den Beweis geliefert, dafs die Syphilis spontan. ohne jede Behandlung, heilen kann, was „offenbar viel öfter vorkommt, als gewöhnlich angenommen wird", und fernerhin, dafs die Lues auch ohne Einverleibung von Quecksilber durch diätetische und physikalische Prozeduren allein zur Heilung gebracht werden kann. Allerdings stellen auch die diätetischen Kuren, d. h. die bekannten Hunger- und Durstkuren, wie die physikalischen Behandlungsmethoden, die hauptsächlich in hydrotherapeutischen Mafsnahmen, Schwitzbädern, dann Sonnen- und elektrischen Lichtbädern bestehen, keine Panacee gegen die Syphilis dar, sie passen auch sicherlich nicht für alle Fälle von Lues. Immerhin aber ist es wünschenswert, dafs diese Methoden in grofsen Kliniken mehr als bisher in Anwendung kommen, und dafs dabei die speziellen Indikationen für die einzelnen Arten der physikalisch-diätetischen Therapie, sowie alle wichtigen Einzelheiten bezüglich der notwendigen Wiederholungen und Dauer der einzelnen Prozeduren festgestellt werden. — Der Verfasser erwähnt des weiteren die bisherigen Versuche zur Gewinnung eines spezifischen Syphilisheilserums, insbesondere die Versuche Moores, und bespricht dann die unbestreitbaren Erfolge der Quecksilberbehandlung. Er bekennt sich bei dieser Gelegenheit als entschiedener Gegner der chronisch-intermittierenden Behandlung, die einerseits die tertiäre Syphilis, insbesondere die Gehirnlues, durchaus nicht seltener macht, andererseits aber direkt schädlich wirken kann. Quecksilber kann nach Ansicht des Verfassers schwere Erkrankungen der nervösen Centralorgane, insbesondere Tabes und Paralyse, verursachen, und die vielfach konstatierte Zunahme dieser beiden Affektionen ist nach N. nicht der Ausbreitung der Syphilis aufs Konto zu setzen, sondern der intensiveren, länger dauernden und öfter wiederholten Giftwirkung des Quecksilbers, wie sie vorzugsweise bei der chronisch-intermittierenden Behandlung stattfindet. Auf diese Weise läfst es sich erklären, wenn bei wenig civilisierten Völkerschaften, die Quecksilber gar nicht oder nur sehr wenig anwenden, trotz grofser Verbreitung der Syphilis Tabes und Paralyse nur ganz selten vorkommen, oder wenn Erb unter seinen, den „besseren Ständen" angehörigen Kranken, die sich erfahrungsgemäfs nach einer syphilitischen Infektion lange und wiederholt mit Quecksilber behandeln lassen, in 90% der Tabesfälle,

Leyden dagegen bei seinem klinischen, hauptsächlich aus Arbeitern und Armen bestehenden Material, das nach einer syphilitischen Infektion großenteils keine oder nur eine kurze Behandlung durchmachte, nur in 31 % der Tabesfälle vorausgegangene Syphilis konstatieren konnte. *Götz-München.*

Über Syphilisbehandlung, von Daubresse-Brabant. (*Presse méd. belge.* 1902. No. 12 u. 13.) Die in einem längeren Vortrage entwickelten Ansichten des Verfassers werden von ihm in folgenden Sätzen zusammengefaßt:

I. Das Quecksilber beschränkt und heilt in der großen Mehrzahl der Fälle rasch die der syphilitischen Infektion folgenden Krankheitsschübe und beseitigt die verschiedenen spezifischen Erscheinungen, durch welche diese Schübe sich kennzeichnen.

II. Das Quecksilber beschränkt jede neue Attacke des spezifischen Virus und trägt, gemeinschaftlich mit den natürlichen Schutzvorrichtungen des Organismus, dazu bei, den Parasiten in seinen Inaktivitätszustand überzuführen; gleichzeitig übt es einen Einfluß auf die Entwickelung der spezifischen Infektion aus, trägt dazu bei, sie gutartig zu gestalten und verhütet bis zu einem gewissen Grade das Auftreten von Späterscheinungen.

Diese zweifache Wirkung glaubt Verfasser durch die symptomatische Behandlung auszunützen, die er der intermittierenden Behandlung Fourniers aus folgenden Gründen vorzieht:

1. hat die klinische Erfahrung bis heute noch nicht die Überlegenheit der Fournierschen Methode bewiesen;

2. giebt die symptomatische Behandlung einen wertvollen Fingerzeig. Das Bleiben oder Verschwinden der Symptome, die zu einem therapeutischen Eingreifen bestimmten, gestattet, die Merkurialisation der Gewebe so zu regeln, daß immer nur die wirksame Dosis in Anwendung kommt, kein zu wenig und kein zu viel (? Ref.);

3. die Merkurialisation des Organismus zu den Zeiten, wo der Parasit in voller Thätigkeit, die Vergiftung auf ihrem Höhepunkt ist, ist von einer ganz anderen Wirksamkeit, als wenn der Organismus an das Mittel schon gewöhnt ist;

4. nach Ansicht des Verfassers kann die chronisch-intermittierende Behandlung, „diese chronische Intoxikation", nur schädliche Wirkungen auf den Organismus ausüben. Verfasser glaubt nicht an die völlige Unschädlichkeit des Quecksilbers, auch nur in den therapeutisch wirksamen Dosen; da die symptomatische Behandlung im allgemeinen eine sparsamere Anwendung des Mittels bei mindestens gleich günstigen, wenn nicht besseren Resultaten gestattet, so zieht er sie der intermittierenden Behandlung vor.

Verfasser giebt schließlich zu, daß in der Praxis in vielen Fällen die Unterschiede nicht so große sind.

In der dem Vortrage folgenden Diskussion wenden sich Dumont und Larnelle gegen Daubresse und warnen namentlich vor dem Skepticismus, zu dem die Ansichten des Vortragenden bezüglich der Wirksamkeit des Quecksilbers führen. Gerade mit Rücksicht auf die nach mangelhafter Behandlung häufig beobachteten schweren Späterscheinungen wäre eine Verbreitung dieses Skepticismus ein Unglück für die Bevölkerung. *A. Loewald-Graudenz.*

Über den Nutzen der Kombination von Schmierkur und Schwefelkur bei Behandlung der Syphilis, von Axel Winckler-Nenndorf. (*Dtsch. Med.-Ztg.* 1902. No. 32.) W. plädiert für die kombinierte Behandlung, wie sie in Nenndorf betrieben wird; sie wird besser vertragen, als die einseitige Merkurialkur, sie imprägniert den Körper mit einem verhältnismäßig unschädlichen, löslichen, leicht cirkulierenden, alle

Gewebe durchdringenden, schliefslich langsam zerfallenden, komplexen Doppelsalze, wodurch es möglich wird, grofse Mengen Quecksilber viele Wochen lang mit gleichmäfsiger Kraft auf das syphilitische Virus wirken zu lassen. Alle Fälle von Syphilis maligna, alle Luesfälle bei skrofulösen, tuberkulösen, kachektischen Individuen und alle Syphilitiker, die das Quecksilber schlecht zu vertragen scheinen, sollten sofort in die Schwefelbäder geschickt werden, die allein im stande sind, die Krankheit cito, tuto, jucunde zu heilen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die Quecksilbereinspritzungen in der Behandlung der Syphilis, von Alfred Fournier-Paris. (*Ann. Policlin. centr.* 1902. No. 2 ff.) Verfasser bespricht zunächst die Methode der häufigen Quecksilbereinspritzungen. Von den zahlreichen, zu diesem Zwecke empfohlenen Verbindungen hebt er als erprobt das Sublimat, das Quecksilberpeptonat, das Quecksilbercyanat, das benzoesaure Quecksilber und das Quecksilberbijodid hervor. Diesen sowohl wie allen anderen Mitteln wurden anfangs alle möglichen Vorzüge nachgerühmt, und die Methode wurde als die zuverlässigste und dabei ungefährlichste hingestellt. Die Erfahrung hat dies Urteil nicht bestätigen können. Verfasser giebt sein Urteil dahin ab, dafs die Methode wohl geeignet ist, mit Vorteil in der Syphilisbehandlung verwertet zu werden; aber man darf von ihr nicht mehr als einen mittelmäfsigen Grad therapeutischer Wirksamkeit verlangen. — Was die Nebenwirkungen der Methode betrifft, so ist zu unterscheiden zwischen den Nebenwirkungen des Quecksilbers und denen, die der Methode direkt zur Last fallen. Die ersteren (Stomatitis, Darmstörungen, Schwächung des Organismus) können nichts gegen die Methode beweisen; die letzteren bestehen in Schmerzhaftigkeit und lokalen Reizerscheinungen. Zum Schlufs geht Fournier das Für und Wider der Behandlung der Syphilis mit Einspritzungen löslicher Salze durch und kommt zu dem Schlufs, dafs diese Therapie wohl als eventuelle, vorübergehende, in besonderen Fällen anwendbare Behandlungsform der Lues gelten dürfe, dafs sie jedoch unter keinen Umständen als eine zweckmäfsige zu empfehlen sei; da sie von allen Kuren die unpraktischste sei, werde ein wirklicher „praktischer" Arzt sie keinem Kranken vorschlagen. *A. Loewald-Graudenz.*

Die Injektionsbehandlung der Syphilis mit Quecksilbersuccinimid, von M. Horovitz. (*Centralbl. f. ges. Ther.* 1901. No. 11.) Von jeder Injektionsmethode in der Syphilistherapie fordert der Verfasser, dafs 1. ohne Schädigung möglichste Sättigung der Gewebe mit dem Quecksilberpräparat erstrebt wird, 2. das Mittel möglichst schnell in den Blutkreislauf gelangt, 3. das Medikament alle Organe und Systeme des Körpers erreicht und ausspült, 4. die Remanenz des Stoffes eine nachhaltige bleibt. Der internen Zuführung des Merkurs durch den Mund steht die Empfindlichkeit des Verdauungstraktes bei genügend hoher Dosierung hindernd im Wege. Vielfach findet dann später gar keine Hg-Aufnahme mehr statt. Bei der Inunktionskur sind als nachteilige Faktoren zu nennen: Undosierbarkeit der aufgenommenen Quecksilbermengen, Langsamkeit der Aufsaugung, Unanwendbarkeit bei Veränderungen der Haut (Hyperkeratosen), konsekutives Ekzem beziehentlich Folliculitis, Salivation, Stomatitis. Allen oben erwähnten Forderungen wird die Einspritzungsbehandlung der Syphilis gerecht. Verfasser wendet dazu seit drei Jahren erfolgreich das bernsteinsaure Quecksilbersuccinimid an. Um Zersetzungen zu vermeiden, verschreibt man die Lösung in zugeschmolzenen Glasphiolen; jede von letzteren soll einer Injektion entsprechen:

℞ *Hydrargyr. succinimidat.* 2,5
Cocain muriat. 1,0
Aq. destill. 50,0
S. zu Injektion in 50 Glasphiolen.

Vorzüge dieser Methode sind: Schmerzlosigkeit, Seltenheit von Infiltraten und Schwellungen, Energie der Wirkung infolge des hohen Merkurgehalts (50 %), genaue Dosierung.

Verfasser injiziert stets intramuskulär ins Gesäfs, nach zwei Injektionen ein Ruhetag. Aus 24 Einspritzungen besteht eine Grundkur. *Hopf-Dresden.*

Hydrargyrum lacticum. Seine Anwendung bei der Behandlung von Syphilis, von Gaucher, Lextrait und Gandillon. (*Journ. d. pratic.* 1902. No. 11.) Die löslichen Quecksilbersalze, wie sie heute zur Injektionsbehandlung der Syphilis gebraucht werden, haben alle ihre Nachteile: das Sublimat reizt die Gewebe stark, Hydrargyrum peptonatum und Hydrargyrum benzoicum sind schwer herzustellen, das letztere, dem Gaucher bisher den Vorzug gegeben hat, verändert sich überdies sehr leicht und hat einen verhältnismäfsig geringen Gehalt an Quecksilber. Lextrait und Gandillon haben nun in dem neutralen milchsauren Quecksilber, dem Hydrargyrum lacticum, ein Präparat gefunden, das sehr leicht herzustellen und in seinen Lösungen unbegrenzt haltbar ist, die Gewebe nicht reizt und einen ziemlich hohen Gehalt an Quecksilber besitzt (0,529 Quecksilber in 1,0 Hygrargyrum lacticum gegen 0,452 in 1,0 Hydrargyrum benzoicum und 0,738 in 1,0 Sublimat). Subkutane Injektionen von 1 ccm einer 1 %igen wäfsrigen Lösung (= 0,01 Salz) verursachen weder Reizerscheinungen noch Schmerzen und sind ebenso wirksam wie die Injektionen der anderen löslichen Quecksilbersalze. Innerlich verabreicht (20 gr = 4 Kaffeelöffel einer 1 ‰igen wäfsrigen Lösung pro die in Milch oder Zuckerwasser) ist das milchsaure Quecksilber absolut geschmacklos und wird daher von den Patienten ohne Widerwillen genommen. Nach all dem gebührt dem Hydrargyrum lacticum, dessen Darstellung in der vorliegenden Arbeit genau beschrieben wird, in der Behandlung der Syphilis der Vorzug vor allen anderen löslichen Quecksilberpräparaten. *Götz-München.*

Lokale Infektionskrankheiten.

a. *der Oberhaut.*

Die klinische Bedeutung des Ekzema seborrhoicum, insbesondere für die Entstehung der Nasen-Rachenvegetationen und der Carcinome, von Georg Bonne. (*Klin. therap. Wochenschr.* 1902. No. 12.) Als charakteristisch für den infektiösen Hautkartarrh, als welchen Verfasser das Ekzema seborrhoicum hinstellt, bezeichnet derselbe folgende Momente: Parakeratose, Akanthose, leichte Entzündung der Kutis mit Gefäfserweiterung, interstitiellem Ödem, Bindegewebszellmitosen, mäfsiger Leukocytose, endlich die Hypersekretion des Hautfetts. — Wie in seinem hier bereits besprochenen Buche führt Verfasser hier aus, dafs das Ekzema seborrhoicum die ursächliche Basis der Nasen-Rachenvegetationen, des adenoiden Habitus, der lymphatischen Konstitution bildet. Dasselbe steht ferner in Beziehungen zur Arthritis urica, zu gewissen Asthmaformen und zum Carcinom. Jedenfalls ist das Ekzema seborrhoicum die Ursache der Skrophulose, sei es dafs diese nur Neigung zu Hautekzemen, Schleimhautkatarrhen bedingt, sei es dafs sie bei gleichzeitiger Infektion mit Skreptokokken, Staphylokokken, Tuberkelbacillen, Drüsenschwellungen und -Vereiterungen mit sich bringt. — Therapeutisch sind von Wert: Seeluft, Landleben, Soolbäder, reine Haut und reine Atmungsluft, kräftige Ernährung, Muskelthätigkeit, mäfsiges Essen, Mäfsigkeit im Alkoholgenufs, zeitige operative Beseitigung der Vegetationen, der vereiterten Drüsen, sorgsame Behandlung der Ekzeme und Hautkatarrhe, interner Gebrauch von

Teerwasser. (Der richtigen Würdigung des als Leiden besonderer Art unstreitig wichtigen Ekzema seborrhoicum dürfte durch die kühnen, sicher zu weit gehenden Hypothesen des Verfassers kaum gedient sein. Das Ekzema seborrhoicum mag mit manchen der genannten Leiden zuweilen auf demselben Boden gedeihen, in gleichen konstitutionellen Momenten seine Förderung finden. Das ist aber ganz etwas anderes, als wenn man sagt, das Ekzema seborrhoicum ist die Ursache dieses Leiden. Wer nicht sehr phantastisch veranlagt ist, nur eine Spur Skepsis sich reserviert hat, muſs derartige Ausführungen zum mindesten mit Kopfschütteln aufnehmen. D. Ref.)

Jessner-Königsberg i. Pr.

Prophylaxe und Behandlung des Ekzems der Säuglinge, von A. Schwab. (*Presse méd.* 1902. No. 41.) Ätiologisch spielen nach dem Autoren beim Ekzem der Säuglinge folgende vier Faktoren eine Rolle: Parasiten, Zahnung, neuroarthritische Heredität und Ernährungsfehler sowie Verdauungsstörungen. Neuerdings beschuldigt man fast nur letztere Ursachen als wirkliche Veranlassung, während das erbliche Moment eine Art Prädisposition bildet. Die kutane Störung beruht auf einer Art Autointoxikation. Ein typisches Beispiel bildet die Ekzembildung bei überernährten Kindern. Im Falle daſs dabei Muttermilch genossen wird, brauchen keinerlei wirkliche Verdauungsstörungen in Erscheinung zu treten. Die Behandlung muſs eine prophylaktische wie kurative sein. Die Wöchnerin oder Amme, welche stillt, sollte nicht übermäſsig viel essen, vor allem ihre Nahrungsweise nicht brüsk ändern. Die Diät muſs eine gemischte sein, darf nicht zu viel Fleisch enthalten. Keinerlei Alcoholica, keinen Kaffee. Daneben sind regelmäſsige Spaziergänge, Leben ohne Aufregung, mäſsige Ausarbeitung für Stillende geboten. Das Kind ist nicht öfter als alle 2½ Stunden anzulegen, in der Nacht nur zweimal. Vom dritten Monat ab hat es alle drei Stunden Nahrung zu bekommen. Die Beobachtung des kindlichen Gewichts ist unbedingt erforderlich. Beim Auftreten schlecht verdauter Stühle, häufigem Herausgeben von Milch ist die Quantität der Nahrung zu beschränken. Bei künstlicher Ernährung ist doppelte Vorsicht geboten. Die Allgemeinbehandlung des Ekzems der Säuglinge besteht in der sofortigen Ausschaltung jeder Überernährung. Die Stillende trinke Milch mit Vichywasser versetzt. Zuweilen hilft auch der Gebrauch eines Saughütchens; wenn sonst das Ekzem nicht weichen will. Arsen und andere Mittel sind unnütz oder schädlich. Die Hauptsache ist die Verhinderung von Toxinen im Darmtraktus des Kindes. Man giebt mit Nutzen 0,2 Natr. bicarbon. pro die oder etwas Magnesia zum Laxieren. Stärkere Verdauungsstörungen sind entsprechend mit Klysmen, Kalomel u. a. zu behandeln. Lokal beginne man mit inerten Puderungen. Zu widerraten sind differente Salben. Mit Wasser, Bädern und Umschlägen sei man vorsichtig. Abwaschungen mit Kamillenthee oder Malvenabkochung mit nachfolgendem Pudern mit Talcum, Wismuthsubnitrat, Stärkemehl sind empfehlenswert. Comby verwendet folgende Mischung:

Amyl.	
Talc.	
Lycopod.	
Bismuth. subnitr.	ā 20,0
Ac. salicylic.	1,0
Menthol	0,5

MDs. Streupulver.

Krusten sind mit indifferenten Fetten zur Loslösung zu bringen. Absonderungen, die lange anhalten, bekämpfe man mit Breiumschlägen, die heiſs herzustellen und kalt aufzulegen sind. Ist der Kopf gereinigt, so sind topische Salben am Platze — Zinksalbe, Cold-Creame — je schwächer von Wirkung, desto besser von Erfolg. Bei

starkem Jucken darf man den Salben bis 0,3% Salicylsäure zusetzen oder auch ebensoviel Menthol. Nur in ausnahmsweise resistenten Fällen wird man zum Schwefel oder Teer greifen. *Hopf-Dresden.*

Behandlung des akuten Ekzems nach physiologischen Grundsätzen, von L. C. Michaëlis. (*Ärztl. Prax.* 1902. No. 10.) Im ersten Stadium (erythematosum) des Ekzems widerrät der Verfasser jeden Versuch, den Prozefs zu coupieren. Linderung des Spannungsgefühls durch Bleiwasser oder Aluminiumacetat-Kompressen sind hier indiziert. Im Stadium exsudationis spielt die Puderbehandlung die erste Rolle, wobei vegetabilische Puder den mineralischen vorzuziehen sind. Neben Reis- und Weizenstärke kommt noch das Kartoffelmehl (Amyl. solani) in Frage. Ist der Höhepunkt der Absonderung überschritten, so geht man zu indifferenten Salben (Hebra oder Wilson) über. Da jedoch die Fette der Absonderung beziehentlich der Aufsaugung und Verdunstung derselben hindernd im Wege stehen, so konstruierte Lassar seine Paste durch eine Kombination fettigen und porösen Materials. Bei stark nässender Haut haften jedoch auch die Pasten nicht gut, während sie sonst gut der Epidermis sich anschmiegen. Beim Übergang des Ekzems in den chronischen Zustand, also zur Zeit der Indikation des Teers beginne man ebenfalls mit der Pastenform. Die Teerpaste stellt die mildeste Applikationsweise dar.

Ol. Cadin. pur.	10,0	
Oxyd. Zinc.		
Amyl.	ā 25,0	
Vasel. flav.	ad 100,0	*Hopf-Dresden.*

Ekzem der Nägel, von W. Dubreuilh und D. Frèche. (*Journ. méd. Bordeaux.* 1901. No. 15.) Die Verfasser berichten drei Fälle von Ekzema unguium verschiedener Typen — Ekzema subungeale mit punktförmigen Defekten im Nagel; Ekzema periungeale et matricis; Ekzema chronicum matricis. Die Therapie ähnelt ganz derjenigen chronischer Ekzeme der Haut. Bei akutem Ekzem der Matrix und Umschlagsfalte des Nagels giebt man mit Vorteil erweichende Bäder von Eibischwurzelabkochungen mit schwachem Borzusatz oder Umschläge von warmem, feuchtem Kartoffelmehl. Bei starker Bläschenbildung und Absonderung besser Talk- oder Zinkoxydpuderung, wobei man Reinigungsbäder dazwischen fügen mufs. Später Zinksalicylsalbe, noch später Teer- und Resorcinsalben. Bei chronischen Formen mit Absonderung thun 2%ige Resorcinkompressen gute Dienste oder Beizungen mit 3½%iger Höllensteinlösung. Bei trocknen chronischen Formen kommen neben dem Teer Resorcin, Pyrogallussäure, Chrysarobin und Salicylsäure in Frage. *Hopf-Dresden.*

Über Psoriasis nach Impfung, von Emil Weinstein. (*Wien. med. Wochenschr.* 1902. No. 4.) Bei einem 22jährigen Soldaten entwickelten sich im Anschufs an die Impfung mit animalischer Lymphe an den Impfstellen typische Psoriasiseffloreszenzen. Er hatte vorher noch niemals solche gehabt. Einen Monat blieb die Erkrankung auf die Impfstellen beschränkt, dann traten auch an anderen Hautstellen Effloreszenzen auf. Aus der Litteratur stellt Verfasser 24 Fälle zusammen, in denen Psoriasis im früheren oder späteren Anschlufs an die Impfung zum Ausbruch kam. Meistens waren es hereditär nicht belastete Patienten. — Sicher handelt es sich in diesen Fällen nicht um eine bei der Impfung bewirkte Infektion mit Psoriasis, sondern um Ausbruch einer latenten Psoriasis an einer gesetzen Reizstelle.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Die Erscheinungen der Sepsis bei der Psoriasis, von Leopold Barthello. (*Centralbl. f. Bakteriol.* 1902. No. 8.) Schon 1896 hat Verfasser von Psoriasisfällen

berichtet, welche sich mit Sepsis kompliziert hatten. Die Psoriasis kann dann das Aussehen einer sogenannten malignen desquamativen Dermatitis annehmen. Bakteriologische Studien, mikroskopische Untersuchungen, selbst die Resultate der Therapie sprechen für diese mit Sepsis verbundene Psoriasis. Bakteriologisch wurde eine enorme Menge von Staphylococcos pyogenes aureus in der Haut gefunden. Auch das Mikroskop wies massenhaft Kokken in der Epidermis nach, daneben aber als besonders bemerkenswert miliäre Eiterherde in dem Rete Malpighii. Die Therapie bestätigt die Anschauung des Verfassers, insofern Sublimatbäder eine schnelle Besserung der malignen desquamativen Dermatitis, welche aus der Psoriasis hervorgegangen ist, bewirkt; die Besserung steht still, sobald man die Sublimatbäder aussetzt. Die ausführliche Darstellung der Befunde wird an einem Krankheitsfall erläutert, bei dem in der Klinik selbst ohne nachweisbaren Grund aus der Psoriasis eine desquamative Dermatitis entstanden war. (Es ist nicht gesagt, womit Patient behandelt war. Bei uns ist der Übergang der Psoriasis in eine desquamative Dermatitis, die wir hier als Psoriasis universalis auch bezeichnen, nach Applikation äufserer, stark reizender Medikamente — ein solches ist oft das Chrysarobin — beobachtet, ohne dafs eine septische Infektion mitspräche. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über Psoriasisbehandlung, von Emil Morgenstern-Tölz-Wiesbaden. (*Ther. d. Gegenw.* 1901. No. 6.) Nach Darreichung warmer Bäder, die täglich zu geben sind und deren Temperatur und Dauer steigen mufs, wobei Seife nicht gespart werden darf, reibt Verfasser die Plaques mit folgender Paste ein:

℞ *Ac. salicyl.* 2,0
Sulf. praec. 10,0
Zinc. oxyd.
Amyl. ää 10,0
Vasel. flav. 50,0

beziehentlich mit Dermophil, einem von Wolff & Sohn in Karlsruhe hergestellten Schwefellanolin. Darauf giebt er Chrysarobin in Traumaticin oder als Paste nach Neisser:

℞ *Chrysarobin.*
Flor. Zinc.
Amyl. ää 5,0
Lanol. anhydr.
Vasel. flav. ää 7,5.

Diese wird fünf bis sechs Tage lang mit einem scharfen Borstenpinsel einmal pro die aufgestrichen und dann mit Talcum bestreut. Vor jeder neuen Einfettung sind die alten Salbenreste abzuseifen, damit Hautreizung vermieden wird. Weitere Chrysarobinanwendungen haben mit Pausen indifferenter Behandlung zu wechseln. Der Verfasser kam dank der vielen Bäder meist mit folgender Paste aus:

℞ *Hydr. praec. alb.*
Bismuth. subnitr. ää 8,0
Vasel. flav. ad 100,0.

Bei rebellischen Fällen verwendet er Chrysarobinpflaster oder 10—20%iges Salicylseifenpflaster. Sehr beschränkte Hautstellen, die jeder Therapie widerstehen, behandelt er mit folgender Salbe:

Hydracetin. 1,5—3,0
Hydrarg. praec. alb.
Bismuth. subnitr. ää 3,0
Ung. lenient. s. Lanol. ad 30,0

oder mit 2—10%igem *Liquor carbon. deterg.*

Rezidive wurden von dem Verfasser bei obiger Therapie selten beobachtet. Statt des oft versagenden Arsens verwendet er viel Jod in Form des Jodalbacids, beginnend mit 3 Pastillen zu einem halben Gramm, alle vier Tage steigend bis auf 3 mal 4 oder 4 mal 3 Pastillen, ebenso fallend. Die Diät spielt sicher eine Rolle bei der Behandlung der Schuppenflechte. Fleisch ist zu meiden; Fische und besonders vegetabile Diät ist zu empfehlen. Daneben sind Jodbäder von Nutzen.

Hopf-Dresden.

Der Pemphigus, von A. Coffin. (*Presse méd. belge.* 1902. No. 15.) Verfasser rechnet zur Pemphigusgruppe die nachfolgenden Krankheiten:

Pemphigus acutus:

a) neonatorum.

b) benignus (= Erythema exsudativum multiforme vesiculo-bullosum).

c) gravis.

Pemphigus chronicus:

a) hereditarius und traumaticus.

b) pruriginosus benignus (Dermatitis herpetiformis Duhring, Herpes gestationis).

c) medicamentosus (Jodkalium etc.)

d) hystericus.

e) foliaceus.

f) gravis (der eigentliche Pemphigus).

g) vegetans.

Zu einer Klärung der Pemphigusfrage ist diese Einteilung wenig geeignet. (Ref.)

A. Loewald-Graudenz.

Dermatitis fullicularis et perifollicularis conglobata, von Ludwig Spitzer. (*Wien. klin. Rundsch.* 1902. No. 20.) Lang versteht unter „Dermatitis follicularis et perifollicularis conglobata" eine mit kleinsten, den Follikeln entsprechenden, blauroten, schmerzlosen Knötchen beginnende Erkrankung. Dieselben werden bis bohnengroß, zerfallen central, werden fluktuierend, perforieren und entleeren blutig-eitrige Flüssigkeit. Wo die Knötchen zu Gruppen gehäuft sind, können tiefe, die Haut unterminierende Herde zurückbleiben. Die entstehenden pigmentierten Narben mit Brücken und Zipfeln erinnern an luetische und skrophulöse Narben. Die Basis dieser Erkrankung bilden die „Comedonennarben", an Comedonenherde sich anschliessende, glänzende Hautatrophien, die konfluieren, selbst serpiginöse Form zeigen können. Die Dermatitis follicularis et perifollicularis conglobata stellt eine entzündliche Infektion dieser Stellen dar. Es kann ein sehr ernster klinischer Symptomenkomplex werden. Eingehendere Schilderungen sollen folgen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Sykosis, von M. Balzer-Paris. (*Indépend. méd.* 1901. No. 26.) Es seien einige Notizen aus der kurzen Abhandlung wiedergegeben. Vom Ekzema barbae unterscheidet sich die Sykosis durch die Lokalisation. Ersteres befällt neben dem behaarten Gesicht stets die benachbarten Bezirke wie Hals, Ohren. Auch bei ulcerösen Syphiliden, die differentialdiagnostisch in Frage kommen können, findet man stets an nicht behaarten Stellen einzelne Eruptionen. Schwer von Sykosis zu unterscheiden ist zuweilen der Lupus praenasalis. Ein paar Tage Behandlung sichern hier die Diagnose. Die Sykosis schließt sich an Ekzeme, Schnupfen, besonders nach Masern und Grippe an. Die Hauptsache sind Sekundärinfektionen von Staphylo- und Skreptokokken. Befallen werden nach Balzer hauptsächlich schwächliche, bleichsüchtige, skrophulöse Personen. Die Therapie bietet nichts Neues. *Hopf-Dresden.*

Zur Therapie der Sykosis, von L. Zeckendorf. (*Klin. therap. Wochenschr.* 1902. No. 20.) Die Sykosis vulgaris hat Verfasser gleich der Seborrhoe und dem Effluvium capillorum mit Teutonpräparaten behandelt. Er liefs abends auf der rasierten Haut den Schaum der Teutonseife antrocknen; morgens wurde dieser mit lauem Wasser abgewaschen, die Haut abgetrocknet und mit Teuton III 2—3 mal des Tages eingerieben. Nach erfolgter Heilung wurde noch einmal täglich die Einreibung fortgesetzt. Erfolg gut. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Trichophytie menschlicher und tierischer Herkunft, von Jeanselme. (*Presse méd. belge.* 1902. No. 3.) Es giebt zwei Arten von Trichophytien, solche von menschlichem Ursprung, deren Zahl beschränkt ist, und solche tierischer Herkunft, die aufserordentlich zahlreich vorkommt. Bazin stellte 1853 die Übertragbarkeit einzelner tierischer Trichophytien auf den Menschen fest. Besonders die Infektion vom Pferd auf den Menschen ist viel studiert worden. Manche Epidemien von Trichophytie haben ihren Ausgang von Pferden eines Reiterregiments oder eines Pferdedepots genommen. Neben dem Pferd ist in dieser Hinsicht noch der Maulesel, Esel, ferner Kalb, Schwein, Hund, Katze und gewisses Flügelgetier von Bedeutung. Die grofssporige menschliche Trichophytie unterscheidet sich in der Evolution wenig von der kleinsporigen, sie endet mit spontaner Heilung meist zur Zeit der Pubertät. In seltenen Fällen lokalisiert sich erstere auch im Bart, vielfach sitzt sie auf unbehaarter Haut. Die Trichophytien animaler Herkunft zeigen keine Prädilektion für Kinder. Erwachsene acquirieren fast nur sie. Auch das Befallensein der unbehaarten Hautpartien spricht für die animale Herkunft der Pilzaffektion. Der Pilz der letzteren ist sowohl ein Endo- wie Ectothrixpilz. *Hopf-Dresden.*

Ein Fall von Keratosis palmaris et plantaris, von Ohmann-Dumesnil-St. Louis. (*St. Louis med. Journ.* 1901. No. 2.) Keine neuen Gesichtspunkte.
Hopf-Dresden.

Zur Lehre von der Hyperkeratosis lacunaris pharyngis, von Hans Arnsperger-Heidelberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1902. No. 9.) Bei einem 17jährigen Mädchen, das schon öfter an Mandelentzündung gelitten hatte, wurde gleichzeitig mit einer akuten follikulären Angina eine typische Hyperkeratosis lacunaris pharyngis konstatiert. Neben den weifslichen follikulären Pfröpfen fanden sich auf den Tonsillen und an der hinteren Rachenwand zahlreiche gelblichweifse, sehr harte und sehr festsitzende, das Niveau der Schleimhaut etwas überragende Pfröpfe, die gröfser als die follikulären Pfröpfe waren und nach ihrer gewaltsamen Entfernung harte, dornenartige Stacheln darstellten. Dieselben bestanden fast nur aus abgestofsenen, zum Teil degenerierten und abgestorbenen, kernlosen, geschichteten Plattenepithelien, die zum Teil durch ihre stark lichtbrechende Körnelung einen Verhornungsprozefs anzeigten. Die Bakterienflora der Pfröpfe war eine sehr spärliche, Pilzfäden fanden sich nur ganz vereinzelt zwischen den Zellen, als Leptothrix buccalis konnten dieselben übrigens nicht angesprochen werden. Während die akute Angina unter der üblichen Behandlung in drei Tagen ausheilte, breitete sich die Hyperkeratose über die seitliche Pharynxwand, den Zungengrund und die pharyngo-epiglottischen Falten aus. Während der raschen Zunahme der Wucherungen traten Schmerzen beim Schlucken, beständiger Kitzel im Halse und Hustenreiz auf. Pinselungen mit 3%iger Höllensteinlösung brachten zwar die Pilze alsbald zum Verschwinden, konnten aber eine weitere Zunahme der Wucherungen nicht verhindern. Es wurden nun in zweimal wöchentlich wiederholten Sitzungen die Pfröpfe nach energischer Kokainisierung mit dem scharfen

Löffel ausgeräumt; auf diese Weise wurde allmählich vollständige und andauernde Heilung erzielt. — Dafs die mikroskopisch nachgewiesenen Pilze keine ätiologische Bedeutung hatten, geht schon daraus hervor, dafs die Pilze nach kurzer Behandlung verschwanden, während der Krankheitsprozefs an Stärke noch zunahm.

Götz-München.

b. *der Cutis.*

Zur Therapie des Erysipels, von Max Jerusalem. (*Klin. therap. Wochenschr.* 1902. No. 7.) Mit Anwendung konstanter Wärme hat Verfasser 50 Fälle von Erysipel behandelt. Es wird eine Kautschukthermophorkompresse in kochendem Wasser erhitzt und über ein vierfach gefaltetes Leinentuch auf die kranke Stelle aufgelegt. Das Verfahren wird alle 3—6 Stunden erneuert. Für das Gesicht hat Verfasser eine aus zwei Teilen bestehende helmartige Maske konstruiert. Die Resultate waren vortrefflich, die Haut schwoll ab, der Schmerz liefs nach. Die Temperatur fiel allerdings nur langsam ab und das Fortschreiten des Prozesses konnte nicht gehemmt werden. Zur Bildung von Abscessen und Phlegmonen kam es bei 25 Patienten nur einmal, trotzdem dieselben an den Extremitäten sonst in 64% der Fälle auftreten. Die geschilderten derben Infiltrate schwanden mit der Zeit. — Die Heilung des Erysipels durch Hitze ist, wie eine mitgeteilte Episode zeigt, eine volkstümliche. Eine alte Frau behandelte einen Erysipelatösen, indem sie auf dem erkrankten Teile Werg befestigte und dieses ansteckte. Der Patient bekam Brandwunden, aber das Erysipel schwand. — Von sonstigen Behandlungsmethoden des Erysipel kann Verfasser nur die Alkoholumschläge empfehlen. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Verschiedenes.

Ein eigenartiges Kulturbild aus dem Osten des preufsischen Staates zeichnet der Regierungspräsident in Gumbinnen in einem Erlasse über die Verbreitung des **Weichselzopfes**. Es heifst in dem Erlasse:

Durch eine Zählung ist festgestellt worden, dafs in Preufsen noch über 6500 Weichselzopfträger existieren. Der Zahl der Weichselzopfträger nach steht der Regierungsbezirk Posen mit 2507 an der Spitze, es folgen Bromberg mit 1858 und Marienwerder mit 1354, Danzig mit 250 und Königsberg mit 156, während in den übrigen Regierungsbezirken Weichselzopf nur sporadisch nachzuweisen war. Wie es in der Natur der Sache liegt, kommt der Weichselzopf bei weitem häufiger bei Frauen als bei Männern vor; es stehen 5779 weiblichen 734 männliche Weichselzopfträger gegenüber. Das lange Haar der Frauen neigt eben leichter zur Verfilzung als das meist kurz gehaltene Haar der Männer. Über die Natur des Leidens herrscht unter den Ärzten, welche Weichselzopf zu beobachten Gelegenheit hatten, heute mit wenigen Ausnahmen nur eine Ansicht, nämlich die, dafs der Weichselzopf keine Krankheit, sondern lediglich die Folge von Unsauberkeit und mangelnder Haarpflege ist. Die letztere Ursache hat in fast allen Fällen, in denen darüber Angaben gemacht wurden, festgestellt werden können. Als entferntere Ursache für die Entstehung des Weichselzopfes haben sich, aufser der bei der polnischen Bevölkerung unserer östlichen Provinzen zu findenden Indolenz gegen Schmutz und Unordnung, häufig Kopfausschläge,

ferner Kopfschmerzen und lange dauernde Krankheiten oder Altersschwäche, welche die betreffenden Personen wochen- und monatelang ans Bett fesselten, ergeben. Eine grofse Rolle bei der Entstehung des Weichselzopfes spielen abergläubische Vorstellungen, mögen dieselben direkt die Patienten zu einer Vernachlässigung der Haarpflege veranlassen oder erst nachträglich als Erklärung, vielleicht auch als Entschuldigung herangezogen werden. Dieser Aberglaube ist auch vielfach die Ursache gewesen, dafs die Kranken ihr Leiden zu verheimlichen suchten und dadurch den amtlichen Nachforschungen nicht selten erhebliche Schwierigkeiten bereiteten. Aufser für die Ärzte ist hier in erster Linie für Lehrer und Geistliche ein reiches Feld, auf dem sie durch Belehrung des im Aberglauben gefangen gehaltenen Volkes Segen stiften könnten. Leider giebt es jedoch Geistliche, welche das Volk über den Weichselzopf nicht nur nicht aufklären, sondern sogar in ihrem Aberglauben noch unterstützen. Trotz des bestehenden Aberglaubens suchen die Zopfträger in Ostpreufsen, Pommern und Schlesien, im Gegensatz zu Westpreufsen und Posen, häufig ärztliche Hilfe nach. Wo diese sich aber auf einfache Verordnungen beschränkt, hat sie natürlich wenig Erfolg, wo dagegen, wie dies allgemein in Krankenhäusern geschieht, der Zopf einfach abgeschnitten und gegen etwa vorhandene Ekzeme oder Kopfparasiten mit Seife und geeigneten Salben vorgegangen wird, da hat die ärztliche Hilfe auch Erfolg. Dafs das Abschneiden des Weichselzopfes in der That das einfachste und wirksamste Mittel zu seiner Beseitigung ist, bewies ein schlesischer Amtsvorsteher bei Gelegenheit der angestellten Ermittelungen, indem er bei zwanzig Schulmädchen den Zopf einfach abschneiden liefs. Es sind infolge davon weder Krankheiten entstanden, noch Beschwerden laut geworden. Der allgemeinen Durchführung dieses ebenso einfachen wie rationellen Verfahrens entstehen aber die gröfsten Hindernisse aus dem abergläubischen Nimbus, der dem Weichselzopf noch anhaftet. Diesen durch Belehrung des Volkes zu zerstören, ist aber nicht allein Sache der Ärzte, sondern Pflicht jedes Gebildeten, der mit dem niederen Volke in Berührung kommt, vornehmlich der Geistlichen und Lehrer. Nur durch die Ausrottung des Aberglaubens wird es gelingen, auch den Osten Preufsens von dem ebenso häfslichen wie vermeidbaren Weichselzopf zu säubern. — Man wird sich hiernach also mit der Ausrottung des Weichselzopfes noch etwas gedulden müssen. (Nach *Allg. med. Centralztg.* No. 76, 1902.)

Anweisungen für Patienten mit venerischen Erkrankungen, von C. L. Bedd-New York. (*Philad. med. Journ.* 7. Juni 1902.) Diese „Anweisungen" sollen dazu dienen, Patienten mit Syphilis oder Blennorrhoe die nötige Aufklärung über das Wesen und die Gefahren ihres Leidens zu geben und auch einige hygienische und therapeutische Mafsregeln zu verzeichnen. Die einzelnen Rubriken sind überschrieben: Syphilis ist eine kontagiöse Erkrankung, Heilung derselben, ungünstige Fälle, Quecksilber, wann soll man zum Arzte gehen, die Kontagiosität der Syphilis, Körperpflege, Pflege des Mundes und der Zähne, Lebensweise, Diätvorschriften, Verhütung der Syphilis. In ähnlicher etwas modifizierter Form sind auch die Regeln für Tripperkranke verfafst. Im allgemeinen sind die Vorschriften zur Informierung von Patienten ausreichend. Die Diätvorschriften sind, den amerikanischen Verhältnissen entsprechend, etwas andere als man in Deutschland sie nötig haben würde. Dafs Thee unter den zu meidenden Getränken bei Syphilis verzeichnet ist, erscheint wohl einigermafsen anfechtbar. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 35. No. 10. 15. November 1902.

Aus der k. k. Universitätsklinik von Hofrat Professor Neumann in Wien.

Muskelsyphilis im Frühstadium.

Von

Dozent Dr. Rudolf Matzenauer.

Mit einer Farbentafel.

Seit Ricords Einteilung der Syphilis in ein primäres, sekundäres und tertiäres Stadium pflegt man gewöhnlich nach diesem Schema die Erscheinungsformen der Syphilis zu klassifizieren und von einander zu scheiden. Wiewohl der praktische Wert dieser Einteilung im allgemeinen nicht verkannt werden kann, wurde doch wiederholt verschiedenerseits gezeigt, dafs eine strenge Trennung sekundärer Syphilisformen von tertiären Produkten oft unmöglich ist; viele der sogenannten Übergangsformen können vom klinischen Standpunkt aus ebensowohl zum zweiten wie zum dritten Stadium gezählt werden; und ebenso gewinnen wir aus den histologischen Untersuchungen keine durchgreifenden Unterscheidungsmerkmale.

Bei den syphilitischen Muskelerkrankungen unterscheidet man gemäfs der Ricordschen Einteilung gewöhnlich die diffuse interstitielle Myositis des Frühstadiums von der circumscript-gummösen Form des Spätstadiums.

Gummiknoten in Muskeln waren schon den Ärzten des XV. und XVI. Jahrhunderts aufgefallen: A. Lusitanus (1728), welcher zuerst einen zusammenfassenden Bericht hierüber giebt, erwähnt namentlich Hutten, Fallopia, Astruc.

Auf andere Syphilissymptome an den Muskeln wurde erst zu Anfang des XIX. Jahrhunderts von französischen Autoren aufmerksam gemacht: Petit-Radel (1812), M. Lagneau (1823), Ph. Boyer (1836) beschreiben Muskelkontrakturen infolge chronischer Myositis syphilitica.

Von Ricord selbst (1842) stammt die nähere Kenntnis der interstitiellen Myositis des Frühstadiums.

Fournier und Mauriac fügten noch die Myalgien im Proruptionsstadium den Syphilismanifestationen der Muskeln bei.

Die oft nur passageren, mitunter aber auch wochenlang quälenden Myalgien, die besonders im Gefolge papulo-pustulöser Syphilide häufig gleichzeitig mit Gelenkschwellungen und intensiveren Kopfschmerzen aufzutreten pflegen, sind mit Vorliebe in der Muskulatur der Extremitäten, in der Schulter- und Lendengegend lokalisiert nnd zeichnen sich durch nächtliche Exacerbationen aus; sie werden zumeist als dumpfe, seltener bohrende Schmerzen geschildert. Die Palpation der schmerzhaften Muskel läfst keine Veränderungen an denselben erkennen. Eine eigentliche Erklärungsursache dieser Myalgien ist bis jetzt nicht gegeben, da anatomische Untersuchungen hierüber fehlen; doch wird fast allgemein ein echt myogener Ursprung derselben angenommen.

Die früher erwähnten Muskelkontrakturen, wie solche in der Folge noch von Bouisson, Ricord, Bastard, Mauriac, Dujardin-Beaumetz, Notta, Cesbron, van Harlingen näher beschrieben wurden, waren zumeist an Beugemuskeln, namentlich am Biceps zur Beobachtung gekommen und zwar meist schon innerhalb oder nur wenig über Jahresfrist post infectionem (mit Ausnahme der Fälle von Ricord und Bastard, wo 10, resp. 20 Jahre verstrichen waren). Ohne nennenswerte, namentlich spontane Schmerzen, soll sich allmählich in äufserst schleichender Weise eine leichte Kontrakturstellung des Ellenbogengelenkes ausbilden, welche durch eine, manchmal nicht unbedeutende, bis zu 3 cm (Bastard) betragende, Verkürzung des Biceps bedingt ist. Aktive wie passive Streckung ist dabei unmöglich, Beugung dagegen unbehindert; plötzliche Streckversuche verursachen Schmerzen an der Implantationsstelle der Sehne am Muskel; an dieser Stelle pflegt auch Druckschmerzhaftigkeit vorhanden zu sein. Die elektrische Erregbarkeit für den galvanischen Strom ist herabgesetzt (Mauriac). Anatomische Untersuchungen von diesen Muskelkontrakturen fehlen gleichfalls vollständig; doch dürfte man wohl nicht fehl gehen, wenn man mit Bouisson und Mauriac als Ursache für die Verkürzung eine Erkrankung der Muskelsubstanz selbst annimmt. Obwohl ohne eigene Anschauung und Erfahrung hierüber, scheint es mir doch à priori am wahrscheinlichsten, dafs dieser Zustand nur die Folge einer vorausgegangenen oder zum Teil noch bestehenden Myositis diffusa ist. In Übereinstimmung damit steht die verschiedene Angabe, dafs einmal die eingeleitete antiluetische Behandlung von bestem Erfolg begleitet war: nämlich dann, wenn, wie dies meist der Fall war, die Erkrankung schon in einer frühen Periode der Syphilis, d. h. innerhalb oder bald nach dem ersten Jahr post infectionem zur Beobachtung kam, ein andermal, namentlich in älteren Fällen, dagegen ganz versagte: nämlich dann, wenn nach der bereits abgelaufenen Myositis das Muskelgewebe durch Schwielen ersetzt war.

Die Myositis diffusa interstitialis kommt nach Ricord, Mauriac,

Guyot, Jullien, Lewin, Neumann, Zeissl, Hulisch, Honsell, Köbner, Rosenthal, Rosenfeld zumeist in den ersten Jahren nach der Infektion zur Entwickelung, oft schon innerhalb des ersten Jahres, manchmal erst nach 10—15 Jahren. Nach der von Lewin und Neumann und kürzlich von Lorenz gegebenen Zusammenstellung betraf die Erkrankung am häufigsten den Biceps brachii, die Masseteren, den Sternocleidomastoideus und die Wadenmuskulatur, seltener kam sie in den Extensoren der Finger, Sphincter ani, Deltoides, Pectoralis und in anderen Muskeln zur Beobachtung.

Mit mäfsigen Schmerzen entwickelt sich im Laufe mehrerer Tage oder Wochen eine nicht scharf abgegrenzte, meist spindelförmige Schwellung des betreffenden Muskels, der sich wie leicht kontrahiert anfühlt; die Haut darüber ist normal und verschieblich. Aktive wie passive Bewegungen sind behindert, namentlich ist eine vollständige Streckung unmöglich, während eine weitere Beugung des in leichter Kontrakturstellung verharrenden Muskels gelingt. Intensivere Schmerzen pflegen meist nur durch brüske Bewegungen ausgelöst zu werden, während spontane krampfartige Schmerzen oft des Nachts gesteigert sind. Die elektromuskuläre Erregbarkeit des betroffenen Muskels ist herabgesetzt.

Nach Ricord „tritt nach und nach eine gewisse Steifheit oder Hemmung bei den Bewegungen und besonders bei der Streckung ein; thatsächlich verliert der Muskel allmählich die Fähigkeit, sich zu dehnen und verkürzt sich merklich. Die Extremität verharrt in Flexion". Nach Neumann „ergiebt die Palpation des Muskels die gleichmäfsige Resistenz eines mäfsig kontrahierten Muskels, keine umschriebene Intumescenz, aber auch nicht die Härte eines kontrahierten Muskelbauches. Sie ändert sich viel weniger bei Flexion und Extension als der gesunde Muskel, indem sie bei ersterer sehr wenig zu-, bei letzterer fast gar nicht abnimmt. Bei passiver Streckung ergiebt sich (nach etwas längerem Bestand) ein Widerstand infolge Verkürzung des Muskels".

Hinsichtlich der verschiedenen Angaben über Schmerzhaftigkeit giebt Lewin die richtige Erklärung: „Die Myositis syphilitica vollzieht sich ohne nennenswerte spontane Sensibilitätsstörung. Schmerzen stellen sich erst ein, wenn, wie dies immer der Fall zu sein scheint, die Entzündung auf die Sehnenbänder und das Periost fortschreitet."

Der bisweilen angeführte Beginn mit plötzlichen Schmerzen erklärt sich durch periostale Prozesse. Schon Billroth erklärte gelegentlich einer Krankendemonstration Neumanns (siehe *Anzeiger der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien*, 1884, S. 85—87), „dafs die Schmerzhaftigkeit eher durch eine Affektion des Knochens als durch eine solche der Muskeln bedingt sei. Wenn ein Muskel so infiltriert sei, dafs er schmerzhaft wird, so ist dies ein Prozefs, der nicht sehr rasch eintritt und verschwindet.

Wenn aber der Schmerz auf einer Knochenaffektion beruht, so bildet sich rasch eine Kontraktur und der gespannte Muskel drückt auf die Infiltrate, und es macht den Eindruck, als ob der Muskel schmerzhaft wäre, aber die Ursache ist die Schmerzhaftigkeit des Knochens".

Als reflektorische Kontraktur infolge Periosterkrankung bei intakter Muskulatur ist in diesem Sinne auch die von FINGER beobachtete Kontraktur des Schultergelenkes während des Proruptionsstadiums aufzufassen.

Auch bei hereditärer Lues ist die Myositis syphilitica nach KASSOWITZ zumeist „mehr auf die Endpunkte der Muskeln beschränkt und ist vergesellschaftet mit Erkrankungen der Knochen und Knorpel; hier hat offenbar eine Fortpflanzung von diesen Gebilden aus auf den Muskel stattgefunden, die Myositis ist hier ein sekundärer Prozefs."

Bei frischen Fällen von Myositis diffusa erfolgt durch eine antiluetische Behandlung eine vollständige Rückbildung.

Lange bestehende, unbehandelte Erkrankungen, bei denen sich bereits eine ausgesprochene Muskelcirrhose ausgebildet hat, sind natürlich dagegen refraktär.

NEUMANN hat „Übergang in Eiterung nie beobachtet und fand auch keinen Fall in der Litteratur verzeichnet".

Histologische Untersuchungen liegen hierüber bis auf die noch näher zu erörternden Befunde NEUMANNS nicht vor.

Das Muskelgumma, die klinisch bestbekannte und histologisch öfter untersuchte Erscheinungsform der Syphilis am Muskel, entwickelt sich bekanntlich in der Regel erst viele Jahre nach der Infektion; nur bei der sogenannten Syphilis maligna praecox tritt es schon im Frühstadium auf; besonders in solchen Fällen finden sich oft gleichzeitig mehrere Gummen in verschiedenen Muskeln; mitunter sitzen verschieden grofse Gummiknoten der Reihe nach in einem Muskel; relativ häufig wird auch ein symmetrisches Auftreten der Muskelsyphilis überhaupt beobachtet.

Nach der Zusammenfassung von LORENZ waren bei 69 in der Litteratur beschriebenen Fällen von Muskelgummen innerhalb der letzten 25 Jahre aufser den Erkrankungen der Zunge folgende Muskel der Häufigkeit nach ergriffen:

M. Sternocleidomastoideus 26 mal, Oberschenkelmuskulatur 13 mal, davon der M. quadriceps 7 mal, die Waden 8 mal, Oberarmmuskulatur 7 mal, davon der Biceps 3 mal, Masseter 3 mal, Pectoralis 3 mal, Vorderarm- und Bauchmuskulatur je 2 mal, Rücken- und Glutäalmuskulatur, gleichwie Tibialis anticus und Peronäus je 1 mal, ebenso die Kehlkopfmuskulatur.

Das Muskelgumma kann langsam und unmerklich, ohne die Aktion des betreffenden Muskels wesentlich zu beeinträchtigen, bis zu Nufs- oder

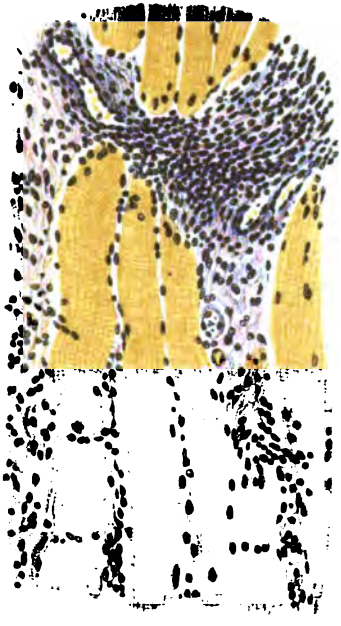


Fig. 1.

Fig. 2.

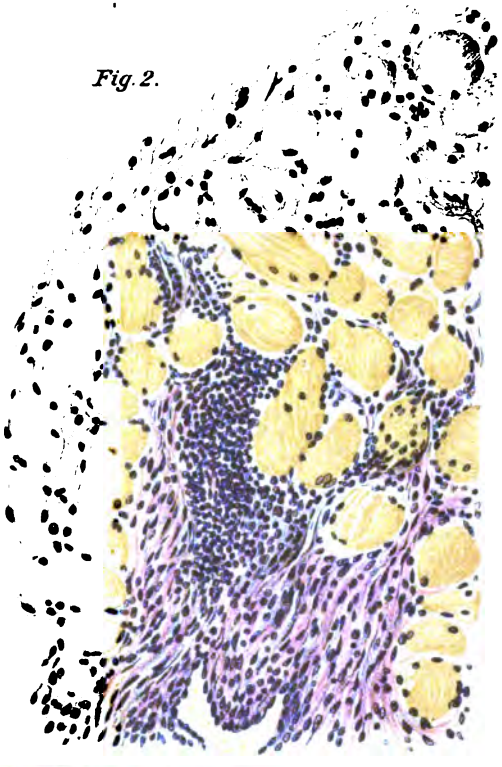
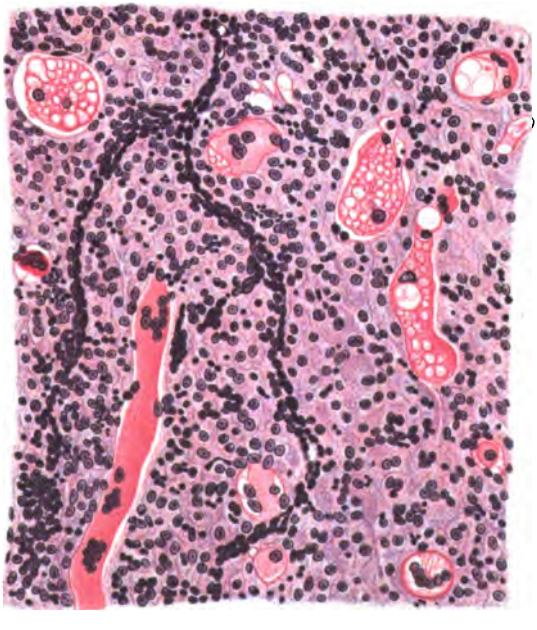


Fig. 3.



Matzenauer del.

Verlag von **Leopold Voss** in Hamburg (und Leipzig)

Lith. Anst. Julius Klinkhardt, Leipzig

Faustgröfse heranwachsen; es bildet dann einen gut umgreifbaren, schmerzlosen Knoten von der Konsistenz eines Fibroms oder Sarkoms. In den Fällen von Muskelgummen mit raschem Wachstum ist dagegen der Tumor nicht scharf begrenzt, sondern klingt in die umgebende Muskelsubstanz aus; oft ist damit auch das umgebende Gewebe und selbst die darüberliegende Haut entzündlich verwachsen. Erweicht das Gumma im Centrum und bricht es endlich nach aufsen durch, so kommt es oft auch zu heftigeren (subakuten) Entzündungserscheinungen der Umgebung und zu bedeutenderen Schmerzen. Übrigens kann es selbst, wenn schon Fluktuation nachweisbar ist, spontan aber namentlich auf antiluetische Behandlung wieder resorbiert werden.

Die histologischen Veränderungen, welche zuerst von VIRCHOW angegeben wurden, haben von späteren Autoren nur geringe Ergänzungen erfahren. Darnach findet man die erhaltenen Muskelfasern durch ein mehr minder reichliches Granulationsgewebe auseinander gedrängt, welches in der Umrandung des nekrotischen Centrums sich immer mehr verdichtet und zu fibrösem Gewebe umwandelt, so dafs der Erweichungsherd von einer dichten Schwiele umhüllt wird. In dem Schwielengewebe sind die Muskelfasern fast vollständig geschwunden; einzelne noch vorhandene zeigen schollige Zerklüftung und fettige Degeneration. In der zwischen den Muskelbündeln vordringenden Granulationswucherung zeigen die Gefäfse oft bedeutende Veränderungen, namentlich Endarteriitis und adventitielle Wucherung. Auf die aktive oder mehr passive Beteiligung der Muskelfasern selbst an dem entzündlichen Prozefs, wollen wir später noch näher eingehen.

Aufser den sozusagen typischen Fällen von diffuser und gummöser Myositis syphilitica wurden von v. BRAMANN, OSTERMAYER, BIER noch kombinierte Formen von diffuser interstitieller Myositis und Gumma mitgeteilt.

Auf die endlich von LORENZ aufgestellte Form einer Dermatomyositis syphilitica, in welche er nur den Fall von HERRICK (Polymyositis syphilitica) und eine eigene Beobachtung einreiht, kann ich nicht eingehen, weil die ätiologische Stellung dieser Fälle noch fraglich scheint.

Nachstehend in Kürze die Krankengeschichten der an unserer Klinik innerhalb der letzten sechs Jahre von mir beobachteten dreizehn Fälle von Muskelsyphilis.

Multiple Myositis diffusa und gleichzeitig erweichte Muskelgummen im Frühstadium (bei Syphilis maligna praecox).

I. S. A., 28jähriger Fleischhauer, Potator strenuus, stand an der Klinik in Behandlung vom 18. VI. bis 9. VIII. 1900 wegen Sklerosis gangraenosa und Exanthema papulo-pustulosum: Sublimatbäder, 35 Einreibungen. Vom 5. IX. 1900 bis 8. I. 1901

blieb derselbe abermals in klinischer Pflege wegen tubero-ulceröser Syphilis an der Haut, am weichen Gaumen und im Larynx, Periostitis an der Tibia und an der Stirne und multipler Myositis mit Erweichung: Myositis diffusa des M. Biceps brachii dextri, Triceps brachii dextri, Vastus femoris externus; erweichtes Muskelgumma im M. Gastrocnemius dexter und Rectus cruris dexter. Therapie: abermals Sublimatbäder und Einreibungen, später Injektionen mit Hg. succinimid, 1½%, endlich Injektionen mit 25%igem Jodipin. Beim Spitalseintritt bestand noch keine Myositis. Erst acht Tage später klagte Patient über leichte Schmerzen in der rechten Wade und im rechten Oberarm, den er nicht ganz strecken könne.

Am 15. IX. wurde in der Krankengeschichte notiert: Im rechten Gastrocnemius, und zwar im medialen Teil oberhalb der Mitte, ist ein haselnufsgrofser, ziemlich derber, auf Druck leicht empfindlicher Knoten zu tasten, über welchem die Haut normal und verschieblich ist; die Bewegungen sind nicht behindert. Die rechte Oberextremität wird im Ellenbogengelenk in stumpfwinkliger Beugestellung gehalten; aktive wie passive weitere Beugung unbehindert, aktive vollständige Streckung dagegen ist unmöglich; passive Streckversuche verursachen Schmerzen; es spannt sich dabei der Biceps, der etwas verdickt gegenüber der anderen Seite ist und sich wie leicht kontrahiert anfühlt; Patient (Fleischhauer), der seine Muskeln sonst bretthart spannen kann, vermag jetzt den etwas schmerzhaften Biceps der rechten Seite überhaupt nicht fest zu kontrahieren.

23. IX. Der Knoten im Gastrocnemius ist taubeneigrofs, etwas weicher und empfindlicher sowohl auf Druck wie auch bei Kniebeugestellung; die Haut darüber ist nicht mehr frei verschieblich, aber auch nicht gerötet.

Die Schwellung des rechten Biceps brachii ist stark regrefs, die Bewegungen des Armes sind unbehindert; nur bei brüsken Streckversuchen tritt noch ein leichter stechender Schmerz in der Gegend der Sehneninsertion oberhalb der Cubita auf.

30. IX. An der medialen und rückwärtigen Seite der rechten Wade wölbt sich eine kleinapfelgrofse Geschwulst vor, über welcher die Haut gerötet und gespannt ist, namentlich in der Mitte, wo jetzt auch in der Tiefe Fluktuation nachweisbar ist. Medialwärts begrenzt sich die Geschwulst halbkugelig ziemlich scharf, während sie lateral, oben und unten mit der Umgebung entzündlich verwachsen und daher nicht scharf begrenzt ist. Beim Gehen verursacht die Schwellung ziemlich bedeutende Schmerzen, in der Bettruhe sind spontane Schmerzen angeblich „kaum der Rede wert".

Im Triceps des rechten Oberarmes, und zwar im Caput longum, etwa in der Mitte, ist ein etwa haselnufs- bis nufsgrofser Knoten zu tasten, der nur bei forzierter Ellenbogenbeuge leichte Schmerzen verursacht.

4. X. Über der Geschwulst am Unterschenkel ist die Haut in der Mitte livid gerötet, verdünnt und etwas unter das Niveau des umgebenden, lebhafter roten und leicht ödematösen Haut eingesunken; hier ist deutliche Fluktuation zu tasten.

Am 6. X. Incision; es entleert sich dabei eine stark blutig tingierte, schiefergraubraune, mit nekrotischen Bröckeln vermischte, dicke eitrige Masse. Im M. gemellus surae, und zwar im medialen Teil, bleibt nach Entleerung des Eiters ein über nufsgrofser lochförmiger Defekt. Versucht man die Haut vom darunter liegenden Muskel abzupräparieren, so gelingt dies nur schwer, weil der Muskel nicht mit glatter Fascie, sondern mit fibrinösem Exsudat bedeckt und mit dem Unterhautzellgewebe entzündlich verwachsen ist. Ein Stückchen Muskel habe ich in radiärer Richtung auf den lochförmigen Defekt zur histologischen Untersuchung excidiert.

10. X. Der Knoten im Triceps brachii dextri ist nufsgrofs, weniger scharf umschrieben, auf Druck empfindlicher, spontan ziemlich schmerzlos.

20. X. Die Incisionswunde ist völlig schmerzlos, die Infiltration und Schwellung

der Umgebung ist geschwunden, doch ist die Verkleinerung des Substanzverlustes durch träge Granulationsbildung recht verlangsamt.

Der Knoten im Triceps bis auf eine noch merkliche Resistenz an jener Stelle geschwunden.

7. XI. Im Quadriceps des rechten Oberschenkels, etwa der Mitte des M. rectus cruris entsprechend, ist ein nufsgrofser harter, schmerzhafter Knoten zu tasten, auf welchen Patient beim Stiegensteigen aufmerksam wurde.

Schräg nach aufsen und oben davon im Vastus externus fühlt man eine mehr flache, undeutlich begrenzte, leicht druckempfindliche Schwellung.

Gleichzeitig sind neuerdings periostale Auftreibungen an den Tibien oberhalb der Malleolen, Kniegelenksschwellung beiderseits und namentlich nächtliche Schmerzen und Fieberbewegungen aufgetreten, die seit beinahe einem Monat geschwunden waren; aufserdem zerfallende Papeln im Larynx, ausgebreitete Ulcerationen an den Tonsillen und im Rachendach an den Choanen; Lungenspitzen beiderseits frei. Jodoforminjektionen abendlich 1,0 : 10,0 (Paraffin. liquid.).

15. XI. Der Knoten im Rectus cruris ist kleinapfelgrofs, die Haut darüber fixiert und etwas gerötet, die Geschwulst selbst auf Druck schmerzhaft, etwas weicher, aber keine Fluktuation nachweisbar.

Die Schwellung im Vastus externus ist stark zurückgegangen.

25. XI. Die Geschwulst im Quadriceps läfst in der Mitte durch die gespannte und gerötete Haut Fluktuation nachweisen; die Geschwulst ist spontan fast gar nicht schmerzhaft.

10. XII. Incision in die fluktuierende Geschwulst; es entleert sich wie bei dem früheren, erweichten Gumma ein dicker graubrauner Eiter, welcher bei der mikroskopischen Untersuchung sich eigentlich als Detritusmasse und als bakterienfrei erwies.

Patient war seither wiederholt wegen ulceröser Formen und Gummen wieder an unserer Klinik; immer wieder traten Gelenkschwellungen, periostale Auftreibungen verschiedenenorts, aber keine Myositis mehr auf.

Er kam stark im Körpergewicht herunter (bis auf 48 kg von ursprünglich 102 kg) und verfiel immer mehr einer schweren Kachexie, so dafs er sich nur mehr mühsam auf Stöcken gestützt fortschleppen konnte; er wurde endlich heuer in die Versorgungsanstalt aufgenommen.

Myositis diffusa mit Gewebseinschmelzung im Frühstadium (bei sonst normalem Syphilisverlauf).

II. W. A., 23jähriges Dienstmädchen, aufgenommen am 16. XI. 1897 mit Sklerose an der Vaginalportion, Exanthema papulosum, gravid im 4. Monat. Infektion und Konzeption gleichzeitig. Myositis diffusa des M. Gemellus surae dexter et sinister, mit Gewebseinschmelzung rechterseits. Seit einigen Tagen Schmerzen in der rechten Wade beim Gehen.

Der rechte Unterschenkel ist im Vergleich zum linken auffallend verdickt, die Volumszunahme betrifft hauptsächlich die obere Hälfte, die Fesseln sind beiderseits annähernd gleich stark. Über dem gröfsten Umfang mifst die Wade rechts 38 cm, links 34 cm. In der Ruhe verursacht die Schwellung nur das Gefühl dumpfer Schwere, beim Gehen dagegen stechende Schmerzen, hauptsächlich am Ansatz der Achillessehne. Die Haut ist darüber blafs, aber glänzend und leicht ödematös; unter derselben fühlt man eine der Wadenmuskulatur angehörige, birnförmig nach abwärts ausklingende Schwellung, welche sich hauptsächlich nach hinten und medial vorwölbt. Passive Beugung im Kniegelenk geht anstandslos, vollständige Streckung ist nicht möglich

und verursacht ziehende Schmerzen in dem geschwollenen Muskel. Im Sprunggelenk ist Plantarflexion möglich, Dorsalflexion dagegen schmerzhaft. Beim Gehen schleift Patientin das kranke Bein nach, mit Vermeidung von Bewegungen im Sprung- und Kniegelenk.

24. XI. Die Schwellung der rechten Wade hat noch zugenommen, spontane, ziehende und dumpfe Schmerzen sind namentlich des Nachts störend, die Haut über dem entzündeten Muskel ist leicht rosa gerötet, pastös eindrückbar und nicht mehr in Falten abhebbar. Die Schwellung ist nirgends abgegrenzt, keine Fluktuation.

Seit zwei Tagen klagt Patientin über leichte Schmerzen auch im linken Unterschenkel, „wo es jetzt gerade so anfänge wie früher im anderen Bein". In der That fühlt man auch in der medialen Portion des Gemellus surae eine auffallend länglich ovale, etwa zwei Querfinger breite Resistenz. Die Haut darüber ist vollkommen normal und in Falten abhebbar.

30. XI. An der rechten Wade ist die Haut lebhaft entzündlich gerötet, über der Unterlage fixiert. Über der Kuppe der gröfsten Schwellung oberhalb der Mitte des rechten Unterschenkels an der Beugeseite und mehr medial ist an einer etwa guldenstückgrofsen, scheibenförmigen Stelle Fluktuation nachweisbar.

Der linke Unterschenkel ist jetzt über den oberen Wadenpartien gleichfalls geschwollen; auch hier klingt die Schwellung im Gastrocnemius spindelförmig nach abwärts aus, wie vor 14 Tagen an analoger Stelle der anderen Seite. Die Haut darüber ist nicht mehr frei abhebbar und etwas ödematös, aber nicht gerötet.

Am 3. XII. machte Hofrat Neumann die Incision in die fluktuierende Geschwulst des rechten Unterschenkels. Es entleerte sich dabei reichlich dicker, mifsfarbiger, graublauer, mit bröckligen Fetzen vermischter Eiter.

Die mikroskopische Untersuchung desselben ergab hauptsächlich Detritusmassen, auffallend wenig Eiterkörperchen und Fehlen von Mikroorganismen.

Die mediale Portion des Gastrocnemius war fast vollständig eingeschmolzen, so dafs die rauhe, mit fibrinösen Exsudatmassen bedeckte Fascie des M. soleus frei lag; von der Höhle aus ging trichterförmig, dem Verlauf des eingeschmolzenen Gastrocnemius entsprechend, ein Loch nach abwärts bis gegen den Sehnenansatz; von den oberen noch erhaltenen Muskelpartien des Gastrocnemius habe ich ein kleines Stückchen zur histologischen Untersuchung excidiert.

8. XII. Die Schwellung des linken Unterschenkels ist auffallend zurückgegangen, die Haut darüber ist wieder frei verschieblich, die Schwellung im Muskel geringer, gar nicht mehr schmerzhaft, und hat sich mehr auf einen ziemlich harten, flach scheibenförmigen Knoten von Nufsgröfse im medialen Lappen des Gastrocnemius konzentriert.

20. XII. Die Incisionswunde am rechten Unterschenkel durch reichliche Granulationsbildung stark verkleinert.

Am linken Unterschenkel keine Schwellung mehr nachweisbar.

Dieselbe Patientin stand in den nächsten drei Jahren noch viermal wegen Roseola, Papeln am Genitale und im Mund und wegen Herpes tonsurans in klinischer Behandlung.

III. K. L., 19jähriges Cigarrenfabriksmädchen, aufgenommen am 26. IX. 1898 wegen Papeln am Genitale, Palmar- und Plantarsyphilid, Leukoderma; gravid 3 Mon. Infektion vor ca. 7 Monaten. Myositis diffusa mit Gewebseinschmelzung im M. Adductor longus sinist. Therapeutisch: Einreibungen. Nach 14tägigem Spitalsaufenthalt klagte Patientin über Schmerzen namentlich beim Gehen und Stiegensteigen im linken Oberschenkel.

11. X. An der Innenseite des linken Oberschenkels, an welchem übrigens die Haut vollständig normal und verschieblich ist, ist entsprechend der Adduktorengruppe im Muskel selbst eine kleinapfelgroſse, durch derbere Resistenz auffallende Geschwulst von der angrenzenden Muskelsubstanz zu umgreifen. Beugung und Streckung im Knie- und Hüftgelenk sind frei, ebenso die Adduktion des Oberschenkels, dagegen verursacht die Abduktion Schmerzen und ist überhaupt nicht vollständig möglich. Die elektromuskuläre Erregbarkeit ist herabgesetzt. Bei 5—6 M. A. tritt eine träge, wellige K. S. Z. ein, an der gesunden analogen Seite tritt prompt eine kurze Zuckung schon bei 3—4 M. A. auf.

17. X. Die Patientin liegt gröſstenteils mit halbgebeugtem und einwärts gedrehtem linken Oberschenkel zu Bett. An der inneren und unteren Seite des Oberschenkels wölbt sich eine flachhandgroſse Geschwulst vor, über welcher die Haut in der Mitte etwas gerötet und nicht verschieblich ist. Die Geschwulst ist sowohl etwas spontan schmerzhaft, als auch besonders bei Druck empfindlich; namentlich lösen jähe, plötzliche wenn auch leichte Stöſse gröſsere Schmerzen aus, als langsam und allmählich verstärkter wenn auch kräftigerer Druck.

Die Geschwulst läſst sich nicht mehr umgreifen und ist also nirgends scharf begrenzt; es ist daher nicht zu entscheiden, welchem Muskelbauch der Adduktorengruppe sie eigentlich angehört. Auch ist die Haut darüber ödematös und gerötet.

23. X. In der am meisten gerötеten mittleren Partie der Schwellung, welche jetzt knapp unter der Leistenbeuge beginnt und bis zum unteren Drittel des Oberschenkels reicht, ist jetzt Fluktuation nachweisbar.

27. X. Incision. Nach Abpräparieren der Haut kam ich nur auf einen etwa nuſsgroſsen Erweichungsherd im M. Adductor longus; der übrige Muskel war diffus verdickt und infiltriert, von mehr düsterer Farbe als der zur Seite geschobene M. gracilis. Der entleerte Eiter war wieder dick, bröcklig, schiefergraublau. Auffallend schien mir auch die Brüchigkeit des Muskelgewebes, als ich vom Rand des Erweichungsherdes ein Stückchen Muskel zur histologischen Untersuchung excidierte.

Mikroskopisch fanden sich in dem „Eiter“ nur spärliche Eiterkörperchen, er bestand hauptsächlich aus Detritusmassen; weder mikroskopisch noch kulturell waren Bakterien nachweisbar.

Der weitere Verlauf bietet keine Besonderheiten.

Heilung erfolgte nach etwa 2—3 Wochen unter Abnahme der diffusen Infiltration des Adductor longus (bei täglichen Injektionen mit 1½%igem Hg. succinimid).

Die Patientin war später noch zweimal wegen Papeln am Genitale in unserer Klinik in Behandlung.

Myositis im Frühstadium (mit normalem Verlauf).

IV. T. J., 34jähriger Hausknecht, aufgenommen am 30. I. 1898 mit Sklerose am Handrücken, Exanthema papulosum, Corona venerea, Papeln im Mund, Palmar- und Plantarsyphilid. Myositis M. gastrocnemii bilateral. Krankheitsdauer der Syphilis etwa fünf Monate.

Vor einer Woche stellten sich beim Gehen in den Waden anfangs rechts, später auch links Schmerzen ein, die endlich das Gehen unmöglich machten. In der Ruhe bestehen spontane Schmerzen fast gar nicht, „höchstens etwas in der Nacht“.

Beiderseits im Gastrocnemius, in dessen medialem Teil, ist eine flache, spindelförmige, durch ihre gröſsere Resistenz auffallende Schwellung zu tasten, über welcher die Haut normal und verschieblich, in Falten abhebbar ist. Die Geschwulst, welche rechterseits fast doppelt so groſs ist, klingt auf beiden Seiten allmählich nach oben, unten und lateral aus, nur medial ist ihr Kontur scharf.

Patient liegt meist mit halbgebeugten Kniegelenken, weil er in dieser Lage keine Schmerzen fühlt, „sonst spannt es ihn".

Unter der Behandlung von täglichen Succinimidquecksilberinjektionen ging die Myositis (wie auch die übrigen Syphiliserscheinungen) im Laufe von 8—14 Tagen vollständig zurück.

V. P. J., 21jähriger Fleischhauer, aufgenommen am 3. V. 1899 mit Sklerose, Exanthema maculosum, Myositis M. Sartorii; Krankheitsdauer drei Monate.

An der Innenseite des rechten Oberschenkels im unteren Teil ist an einer länglich ovalen, flachhandgroßen Stelle unter der normalen und in Falten abhebbaren Haut eine Geschwulst von derber Resistenz zu tasten, die im Muskel liegt, doch ist nicht mit Bestimmtheit zu erkennen, welchem Muskel sie entspricht, obwohl Patient außerordentlich kräftig entwickelte Muskeln hat, und diese, wie namentlich deren Sehnenansätze am Condyl. internus tibiae, bei Kontraktionen deutlich von einander abzugrenzen sind.

9. V. Die Schwellung am Oberschenkel hat eine auffällig längliche Form angenommen und erstreckt sich jetzt von unten hinten schräg über die Mitte des Oberschenkels nach aufwärts. Druck auf den Muskelursprung unterhalb der Spina anterior superior des Darmbeins verursacht Schmerzen in der walzenförmigen Geschwulst am Oberschenkel. Patient hält den Oberschenkel zumeist in halbgebeugter und einwärts gedrehter Stellung; Auswärtsdrehung und Streckung verursacht Schmerzen. Demnach muß wohl der Sartorius als Sitz der aufsteigenden Myositis betrachtet werden.

23. V. Die Schwellung im Sartorius ist in den letzten Tagen stark zurückgegangen, Patient kann ohne Schmerzen marschieren.

Patient stand seither noch mehrmals wegen Papeln im Mund und ad anum in klinischer Behandlung.

VI. L. Th., 25jähriger Spenglergehilfe, aufgenommen am 2. VII. 1901 mit Sklerose, Exanthema mac. pap., Myositis M. Bicipitis brachii sin. Krankheitsdauer drei Monate.

Seit einigen Tagen kann das Ellenbogengelenk nicht vollständig gestreckt werden. Patient wurde bei seiner Arbeit darauf aufmerksam, zumal ihm das Hämmern dabei (Patient ist Linkshänder) Schmerzen verursachte. Spontane Schmerzen fehlen aber vollständig. Der Biceps des linken Armes ist fast um die Hälfte stärker als der rechterseits. Er fühlt sich wie halb kontrahiert an. Wenn Patient aktiv im Ellenbogengelenke flektiert, tritt noch eine weitere kleine Volumszunahme des Biceps auf. Bei Streckversuchen, die übrigens nicht vollständig gelingen, spannt sich der Biceps an und springt dabei vor, als wenn er kontrahiert würde. Das Ellenbogengelenk wird beständig in leichter Flexionsstellung gehalten.

Die elektromuskuläre Erregbarkeit ist bedeutend herabgesetzt, indem die K. S. Z. des galvanischen Stromes am infiltrierten Muskel erst bei 5 M. A. eintritt, während sie am Biceps der anderen Seite schon bei 3 M. A. einsetzt; dabei ist die Zuckung träge, nicht blitzartig.

17. VII. Die Myositis ist stark zurückgegangen, Bewegungen des Armes sind frei, nur eine etwa nußgroße resistentere Partie in der Mitte des linken Biceps noch zu tasten.

VII. C. W., 22jähriger Marqueur, aufgenommen am 1. IX. 1899 mit Sklerose, Krankheitsdauer sechs Wochen.

Drei Wochen später trat das Exanthem auf: Einreibungen.

27. IX. In der unteren Hälfte des linken Triceps ist seit gestern nach Angabe des Patienten ein wallnufsgrofser, derber, circumscripter Knoten aufgetreten, der namentlich bei Beugung des Armes und beim Aufheben von schweren Gegenständen etwas druckempfindlich ist, sonst aber keine Schmerzen verursacht. Die Beweglichkeit des Armes ist nicht behindert.

1. XII. Der Knoten im Triceps ist gröfser, namentlich ist seine Form nicht mehr kugelig, sondern mehr spindelförmig, er ist nicht mehr wie früher zu umgreifen, seine Grenzen klingen allmählich in dem übrigen Muskel aus. Obwohl sonst nicht schmerzhaft, behindert die Affektion bei manueller Beschäftigung, beim Halten des Efsbesteckes etc., zumal die Beugung des Armes doch dumpfen, spannenden Schmerz verursacht.

12. XII. Die Geschwulst im Triceps ist soweit regrefs geworden, dafs Patient seinen Arm vollständig wieder brauchen kann.

VIII. P. Fr., 22jähriger Tagelöhner, aufgenommen am 9. II. 1897 mit Sklerose, Exanthema mac. papulos. Therapeutisch: Einreibungen. 14 Tage später trat im rechten Gastrocnemius an der medialen Portion eine nufsgrofse, wenig schmerzhafte Geschwulst auf, auf welche Patient zuerst beim Stiegensteigen aufmerksam wurde.

Diese Geschwulst bestand etwa 8—14 Tage und schwand dann wieder vollständig.

IX. D. Th., 39jähriger Schlossergehilfe, hatte vor drei Jahren Syphilis acquiriert, wurde im April 1899 an unserer Klinik mit Einreibungen behandelt wegen paroxysmaler Hämoglobinurie und kam am 25. Mai abermals zur Aufnahme wegen Myositis M. Vasti interni sin. (?)

Patient hat sich mit Mühe und unter grofsen Schmerzen ins Spital geschleppt; sein Gang ist humpelnd, er geht mit spitzwinklig gebeugtem Knie.

Beim Stiegenabwärtssteigen stellt er das gesunde Bein voraus und schleift das kranke nach; er behauptet zu fühlen, dafs er „sich sonst überschlagen würde, weil er keinen Halt im linken Bein habe".

Bei der Untersuchung kann Patient thatsächlich den linken Quadriceps nicht fest kontrahieren. Man fühlt an der Innenseite, dicht oberhalb des Knies beginnend und bis zur Mitte des linken Oberschenkels reichend, eine 3—4 Querfinger breite nirgends scharf abgesetzte Geschwulst, über welcher die Haut normal und verschieblich ist. Besondere Schmerzen entstehen, wenn man in der Gegend des Arterienschlitzes den Adductor magnus stärker drückt. Auswärtsdrehen, Abduktionsbewegungen des Oberschenkels sind völlig unbehindert. Passive vollständige Streckung und auch Beugung im Kniegelenk macht leichte Schmerzen, aktiv kann Patient nicht vollständig strecken. Die Konturen des Kniegelenkes medial von der Patella sind verstrichen; auch bei Überstreckung des Kniegelenkes wölbt sich dort nicht wie auf der anderen Seite ein Muskelbauch vor. Stärkerer Druck auf die Gegend oberhalb des Condyl. intern. fem. und medial von der Patella verursacht Schmerzen.

Unter Jodtherapie und lokalen Umschlägen mit Jodwasser hat sich die Geschwulst im Verlauf von 10—14 Tagen stark verkleinert, so dafs man dann an der vorderen und inneren Seite des Oberschenkels ein etwa 7—8 cm langes und 2 Querfinger breites, durch seine derbere Resistenz auffallendes Infiltrat tasten konnte, welches nach weiteren 14 Tagen vollständig schwand.

Myositis im Spätstadium.

X. K. J., 29jähriger Tagelöhner, aufgenommen am 7. I. 1898 mit gruppierten Hautgummen an den Vorderarmen und am Rücken. Myositis M. gastrocnemii

dextri. Syphilis seit April 1892, damals Sclerosis, Exanth. mac. pap. mit 30 Einreibungen behandelt. Ein Jahr später Papeln im Mund und im Larynx, 25 Einreibungen.

Beim Spitalseintritt, I. 1898, bestand, angeblich seit einigen Tagen, eine Geschwulst gerade hinten über der Mitte der Wade; die Haut darüber normal und verschieblich, die Geschwulst birnförmig, geht in die Achillessehne allmählich über, nach oben klingt sie ohne scharfe Begrenzung aus. Spontane Schmerzen bestehen nicht, doch haben die Schmerzen beim Gehen den Patienten veranlafst, ins Spital sich aufnehmen zu lassen. Passive Plantarflexion unbehindert, passive namentlich brüske Dorsalflexion verursacht Schmerzen und gelingt nicht völlig.

Unter interner Jodtherapie ging die Schwellung des Unterschenkels innerhalb der nächsten 14 Tage soweit zurück, dafs nur mehr ein nufsgrofser, harter und schmerzloser, gut umgreifbarer Knoten im Gastrocnemius oberhalb der Achillessehneninsertion restierte, welcher den Kranken nicht behinderte, so dafs er nach einer Woche wieder seiner Beschäftigung nachgehen konnte. Patient stellte sich wöchentlich einmal in der Ambulanz vor, noch durch mehrere Wochen, ohne dafs dieser Knoten auf fortwährende Jodmedikation geschwunden wäre; endlich machten wir ihm 20 tägliche intramuskuläre Hg-Injektionen und der Knoten schwand dabei vollkommen.

XI. H. M., 38jährige Dienstmagd, aufgenommen am 2. II. 1897 mit Myositis Gastrocnemii bilateral. Syphilis seit V. 1892, damals Sklerose, Exanthem behandelt mit Injektionen von grauem Öl. Ein halbes Jahr später Papeln am Genitale und im Mund: 25 Einreibungen.

Beim Spitalseintritt am 2. II. 1897 bestand eine bedeutende Schwellung des rechten Unterschenkels, welche angeblich vor einer Woche aufgetreten ist, und die Patientin in den letzten zwei Tagen beim Gehen derart behinderte, dafs sie das Spital aufsuchte.

Unter der normalen, in Falten leicht abhebbaren Haut des rechten Unterschenkels wölbt sich eine fast faustgrofse Geschwulst von derber glatter Oberfläche vor, welche nach der medialen Seite halbkugelig vorspringt, nach unten und oben sowie lateralwärts nicht scharf begrenzt ist. Das Betasten, selbst stärkerer Druck ist nicht besonders schmerzhaft; dagegen rufen jähe Bewegungen im Sprunggelenk Schmerzen hervor, namentlich wenn man so vorgeht wie bei der Prüfung auf Fufs-Clonus.

Wenige Tage nach der Spitalsaufnahme trat im linken Gastrocnemius gleichfalls in der medialen Portion eine etwa taubeneigrofse Geschwulst auf, die sich in den nächsten Tagen noch etwas vergrößerte.

Doch unter Jodkaliumtherapie ging die Myositis beiderseits im Verlauf der nächsten zwei Wochen zurück, so dafs die Schwellung linkerseits vollständig schwand, während auf der erstbefallenen rechten Seite aus der faustgrofsen Schwellung sich zwei nufsgrofse, harte indolente Knoten im medialen Teil des Gastrocnemius herausbildeten, die längere Zeit stationär blieben, so dafs ich bei der Patientin mehrere Monate später, als sie sich wieder einmal in der Ambulanz vorstellte, noch an derselben Stelle etwa haselnufsgrofse Knoten tasten konnte.

XII. F. R., 38jährige Frau, aufgenommen am 5. III. 1902, Syphilis seit zehn Jahren. Prä- und retrosternale erweichte Gummen, zerfallene Gummen über den Clavikeln und in der Jugulargrube, ulceröses Lymphdrüsengumma unter dem rechten Kopfnicker, Myositis diffusa et gummosa des rechten Sternocleidomastoideus.

Dieser Fall, auf den ich hier nicht näher eingehen darf, weil er eine besondere Besprechung von anderer Seite erfahren wird, ist analog dem Fall Bramanns: eine diffuse Infiltration mit Verdickung und Volumszunahme des rechten Sternocleido-

mastoideus mit gummöser Einschmelzung und spontanem Aufbruch, auf der anderen Seite ein die mediale Portion des linken Kopfnickers zerstörendes, die ganze Jugulargrube und die Trachea bloßlegendes gummöses Geschwür.

XIII. D. M., 42jährige Frau, aufgenommen am 21. II. 1900 mit Gummata cutanea, erweichtem Knochengumma im Jochbein, Arthritis genus sin. specif., Nephritis, Lebersyphilis, Gumma urethrae, Ascites.

Syphilis seit 22 Jahren. Damals Roseola, Einreibungen, Jodkalium. Wiederholt Abortus. Kniegelenkschwellung seit 3 Jahren, Nekrose des Jochbeins seit 1 Jahr.

Bei der Section am 7. III. 1900 fanden sich intra vitam unbeachtete, meist im Centrum verkäste erbsen- bis haselnußgroße Gummen in der Rückenmuskulatur, im M. Cucullaris und Latissimus dorsi und ein flaches, dattelgroßes, verkästes Gumma im linken Quadriceps femoris.

(Schluß folgt im nächsten Heft.)

Aus der Praxis.

Verbesserung der Zinkleimdecke.

Von

Dr. Rasch-Stuttgart.

Man hat bisher bei Applikation von Zinkleim, abgesehen von den Fällen, in denen zwecks stärkerer Kompression oder zwecks Fixierung von Salben und Pflastermullen, der Einleimung eine Bindeneinwickelung folgen muß, den erkaltenden Zinkleim zum Schluß mit Watte betupft. Durch die feine Wattefaserung wurde die Leimdecke schneller trocken, erhielt neben größerer Festigkeit und Elastizität eine, einem deckenden Schutzstoff ähnliche Oberfläche und nebenbei durch Abdämpfung ihrer Farbe ein weniger auffälliges Aussehen. Aber bei dieser Prozedur mußte man auch einige Übelstände in Kauf nehmen. War der Leim noch zu weich, dann wurde er bei der Auftupfung von der Watte leicht wieder abgewischt, war er schon zu hart, dann blieb die Watte nicht haften. Unangenehm aber vor allem war der Umstand, daß sich an Hautstellen, die wie in den Gelenkbeugen, immer denselben Zug- und Druckwirkungen ausgesetzt sind, die Wattefasern aneinander schoben und den Leim zusammenballend zur frühzeitigen Lösung der Leimdecke führten.

An Stelle der Betupfung mit Watte kann man nun viel besser den Leimverband durch Aufstreuen und Verstreichen von irgend einem Puder vervollständigen.

Man schütte auf die eingeleimte Fläche die für deren Beschickung ungefähr nötige Pudermenge in verschiedenen Häufchen und verteile von diesen aus durch leises Darüberhinstreichen mit der Fingerbeere den Puder so über die Oberfläche des Leimes, dafs dieser von ihm in dünner Schicht bedeckt wird. In acht nehme man sich dabei nur davor, dafs der blofse Finger, ohne genügend starken Puderüberzug, mit dem Leim in Berührung kommt, da der durch den Puder verhinderte Kontakt beider die Leimdecke zerstören könnte. Die gewonnene Decke zeichnet sich infolge der gleichmäfsigen Verteilung der feinen Puderstäubchen durch Glätte und Elastizität aus, die auch in den Gelenkbeugen erhalten bleibt. Die Decke hat, mit der Haut in leichten Falten abhebbar, fast das geschmeidige Gefüge dieser, fühlt sich angenehm an und zeigt nicht weniger, als dies bei Auftragen von Watte der Fall sein würde, selbst bei Gebrauch von weifsem Puder, eine Abdämpfung des Lichtreflexes. Schon insoweit ist die Puder-Leimdecke der mit Watte betupften mindestens gleichwertig, wenn nicht schon überlegen. Die Bepuderung des Leimes bietet aber noch einige nicht zu unterschätzende Vorteile:

1. wird durch sie die Aufsaugefähigkeit des Leimes für Wasser und Fett, die ja neben dem Schutz gegen aufsen die Hauptindikation des Leimanstriches erfüllt, erhöht;

2. ist bei der Wahl des Zeitpunktes für die Auftragung des Puders keine besondere Vorsicht notwendig, ja der Puder kann sogar unmittelbar nach dem Leim aufgestrichen werden, ohne dafs, wenigstens bei einigermafsen beobachteter Schonung der Leimdecke, die Erhaltung dieser riskiert wird;

3. kann aber endlich auch an unbedeckt getragenen Hautstellen, wie Gesicht, Ohren, Händen, die Leimdecke durch Zusatz von Bol. rubr. zum Puder oder durch Gebrauch des Pulv. cuticolor kosmetisch der angrenzenden Haut so ähnlich gemacht werden, dafs man auch in der Ambulanz vor Behandlung solcher Stellen mit Leim nicht mehr zurückzuschrecken braucht.

Versammlungen.

Die venerischen Krankheiten und ihre Bekämpfung.

Originalbericht von der Brüsseler Prophylaxe-Konferenz
von Dr. Hoff-Dresden.

Die fünftägigen Verhandlungen der zweiten internationalen Konferenz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten boten einen interessanten Überblick erstens über die Mittel, welche uns zur Verfügung stehen, um uns gegen die Ansteckung mit den fälschlicherweise sogenannten Geschlechtskrankheiten zu wehren, und zweitens über die Fortschritte, welche Staat und Gesellschaft in den letzten Jahren auf obigem Gebiete gemacht haben. Es sei bezüglich des letzteren Momentes auf die staatliche Umfrage nach der Zahl der Geschlechtskranken an einem bestimmten Tage erinnert, wie sie im Königreich Preußen stattgefunden hat. Ferner darf die Ausmerzung aller den Geschlechtskranken ungünstigen Bestimmungen aus dem Invaliditätsgesetz hierzu gerechnet werden, ferner der Erlaß bestimmter die Kenntnis der venerischen Leiden befördernder Verordnungen für Hebammen. Einen bemerkenswerten Schritt that die belgische Regierung durch den Erlaß eines Merkblatts für Geschlechtskrankheiten. Die preußische Regierung erwarb sich ein Verdienst durch die Errichtung von Hochschulkursen über den für Individuen wie Allgemeinheit gleichwichtigen Stoff. In allerneuester Zeit kommt dazu die Gründung nationaler Gesellschaften zu Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. Frankreich ging hier mit gutem Beispiel voran, und Fourniers Schriftchen „Für unsere Söhne, wenn sie 18 Jahr alt werden" kann als eine hervorragende That der französischen Prophylaxe-Gesellschaft angesehen werden. Auch bei uns in Deutschland steht die Bildung einer solchen Vereinigung bevor, und wenn diese Zeilen dem Leser vor Augen kommen, wird die konstituierende Versammlung der Gesellschaft schon stattgefunden haben.

Das Programm der diesjährigen Konferenz beschränkte sich auf drei Hauptpunkte, auf die öffentliche Prophylaxe, die individuelle Prophylaxe und die Statistik der venerischen Krankheiten. Die ersten beiden Fragen zerfielen in verschiedene Unterfragen.

Öffentliche Prophylaxe.

A. Welche allgemein prophylaktischen Maßnahmen, und zwar in Form von gesetzlichen Bestimmungen, sind zu ergreifen:

a) Mit Bezug auf die Prostitution, und zwar:
   1. betreffs der Prostitution der Minderjährigen;
   2. im Interesse der Moralität und der öffentlichen Ruhe, wie der öffentlichen Gesundheitspflege;
   3. gegen das Kuppler- und Zuhälterwesen.

b) Außerhalb der Prostitution, und zwar:
   1. betreffend den Schutz der Minderjährigen beider Geschlechter;
   2. mit Bezug auf eine Organisation einer kostenlosen Behandlung und Pflege venerisch Kranker aus öffentlichen Mitteln; Einrichtung von Versicherungsanstalten und Krankenkassen;
   3. betreffend die Beaufsichtigung des Ammenwesens; — die Ansteckung durch Hebammen und Wärterinnen; — die Vaccination; — die Ansteckung

in Werkstätten, Fabriken, Ateliers u. s. w. durch Vermittelung von Werkzeugen; — die Stellenvermittelungsbureaus; — Beaufsichtigung der Geschäfts- und Wohnräume u. s. w.

B. Erscheint es geeignet, die Übertragung einer venerischen Krankheit nicht nur strafrechtlich, sondern auch civilrechtlich zu verfolgen, bezw. zu bestrafen?

Individuelle Prophylaxe.

1. Welche Mittel kann man anwenden, um die dazu notwendigen Kenntnisse unter dem Publikum im allgemeinen und besonders unter der Jugend betreffs der individuellen und allgemeinen Gefahr der venerischen Krankheiten und über die direkten und indirekten Ansteckungsweisen derselben zu verbreiten?
2. Auf welche Weise kann man am leichtesten die individuelle Prophylaxe durch Einrichtung von Heil-, Behandlungs- und Pflegestätten, und zwar für Personen beiderlei Geschlechts in die Wege leiten?

Wenn wir von den Einwänden der Abolitionisten absehen, welche jede Reglementierung der Prostitution durch den Staat sowohl als unnütz wie der Menschenwürde ins Gesicht schlagend verwerfen, wurden eine aufserordentlich grofse Zahl ernsthafter Besserungsvorschläge gemacht, zum Teil die gleichen von verschiedenen Seiten.

Auch von seiten der Ärzte strengster Observanz macht sich heute eine offenbare Hinneigung zu abolitionistischen Ansichten unzweifelhaft geltend. Diesen gegenüber stehen jene Anschauungen, welche die Kontrolle unter allen Umständen beibehalten, aber gründlich reformiert wissen wollen. Dies der Standpunkt Neissers, Fingers, Jadassohns, Fourniers des Älteren, Le Pileurs und anderer.

Neisser wünscht eine Beaufsichtigung sanitärer Art des Ammen-Kostkinderwesens, des Barbier- und Glasbläsergewerbes, zwangsweise Benutzung tierischer Lymphe, jährlich mehrmalige Untersuchung aller Krankenkassenmitglieder auf sexuelle Affektionen, ebenso aller sich zu Lebensversicherungen meldenden Personen, aller Soldaten, die zeitweilig oder dauernd das Heer verlassen und der Reservisten gelegentlich der Kontrollversammlungen. Daneben fordert er unentgeltliche Behandlung der Geschlechtskranken in Krankenhäusern und Polikliniken, einschliefslich freier Medikamentenverabreichung, Beseitigung aller den Venerischen abträglichen Bestimmungen aus Krankenkassengesetz und Gesindeordnung; Aufnahme der Venereologie in die Prüfungsgegenstände des ärztlichen Staatsexamens, Kurpfuschereiverbot und Sonderapprobationen für Venereologen. Neben der Hebung der sozialen Verhältnisse (bessere Erwerbsbedingungen für die weibliche Welt, Hebung der Lage unehelicher Kinder, Änderung der Alimentengesetzgebung, Fürsorge für die weibliche Jugend) fordert Neisser für die Männerwelt die Erziehung zu einer höheren Sittlichkeit, gröfserer Achtung vor der Frau, Ermahnungen zum keuschen Leben, zu körperlichen Übungen und Belehrungen über die Gefahren der venerischen Leiden und der Prostitution. Als folgenschwerste Vorschläge Neissers darf man jene ansehen, eine Sanitätskommission zu gründen, welcher die Führung der Statistik obliegt und die Beobachtung der ihr angezeigten Individuen, sowie eine Anzeigepflicht der Ärzte für venerische Krankheiten, und zwar ohne Nennnung des Namens der Kranken, einzuführen.

Pontoppidan wünscht der Beobachtung der Prostitution ebenfalls jeden polizeilichen Charakter genommen zu sehen. Er glaubt durch Schaffung ärztlicher Kontrollbehörden die kranken heimlichen Prostituierten zur freiwilligen Untersuchung und Behandlung heranziehen zu können. Solche, die dies unterliefsen, müfsten, sobald ihre Krankheit bekannt wird, zwangsweise der Untersuchung zugeführt werden dürfen, beziehentlich der Behandlung im Krankenhaus. Einmal Entlassene wären zur poli-

klinischen Vorstellung und Behandlung heranzuziehen. Die ständige Kontrolle der älteren Prostituierten, wie sie heute geübt wird, käme in Wegfall.

Le Pileur-Paris will die Prostitution nur grofsjährigen Frauenspersonen gestatten. Gewerbsunzucht rückfälliger Art seitens Frauen berechtigt eine zu schaffende Kommission sie auf die Liste der Prostituierten zu setzen. Die Vorstellungen haben wöchentlich zweimal zu erfolgen. Die Kranken kommen in ein besonderes Spital, worin jene, welche ihre Krankheit verheimlicht haben, doppelt so lange zu bleiben haben, als ihre Krankheit zur Heilung erfordert.

Jullien möchte minderjährige Prostituierte durch eine Laienkommission ermahnt beziehentlich bei Rückfälligkeit in Arbeitshäuser bis zu zweijähriger Dauer interniert wissen.

Lane-London fordert Vermehrung der Krankenhausbetten für Geschlechtskranke, Instruktion der letzteren über die Gefährlichkeit ihrer Leiden, Verlegung der öffentlichen Konsultationen auf die der arbeitenden Bevölkerung günstigen Abendstunden, Zwangsspitalsbehandlung für Prostituierte und die räumliche Verbindung solcher Spitäler mit Besserungsanstalten.

Blaschko tritt dafür ein, aus dem Krankenkassengesetz alle Bestimmungen zu beseitigen, die an Geschlechtskranke ein anderes Mafs anlegen wie an die übrigen allgemeinen Kranken. Ferner wünscht er die Verlängerung der Unterstützung bei längeren Erkrankungen (Luesrezidive) über 26 Wochen hinaus, Gewährung freier Krankenhausbehandlung auf Verlangen für jeden Geschlechtskranken, obligatorische Spitalsbehandlung für venerische Angehörige der Nahrungsmittelgewerbe, des Gastwirtsgewerbes, für Tabakarbeiter, Barbiere, Friseure und Glasbläser. Aufserdem fordert Blaschko die dauernde Beobachtung venerischer Kassenmitglieder in zu errichtenden, mit den Spitälern verbundenen Kassenpolikliniken.

Galewsky-Dresden berichtet über die Anschauungen, von denen sich die Regierung des Königreichs Sachsen bei der Bekämpfung der venerischen Krankheiten leiten läfst. Sie will die Aufnahme Geschlechtskranker in die Spitäler erleichtern, beseitigt die Einschränkungen für Venerische, wie sie in den meisten Kassensatzungen vorgesehen sind, schafft Besserungsanstalten für minderjährige weibliche Personen, die sich prostituieren, beziehentlich versucht dieselben in Familien zur Erziehung unterzubringen, legt Wert auf die bessere Ausbildung der Ärzte in Venereologie, zu welchem Zweck Spezialkurse eingerichtet sind, und hält die geheime Prostitution besonders im Auge. Von den 1700 sogenannten Kellnerinnen Dresdens sind zum Beispiel 800 in Stellung, 900 dagegen aufser Stellung. Letztere leben natürlich nur von der heimlichen Prostitution.

Róna-Budapest wünscht, dafs spezifisch erkrankte Frauen und auch scheinbar gesunde Frauen, die syphilitische Kinder geboren, unter keinem Umstand als Ammen oder Pflegemütter angestellt werden dürfen. Ebenso zu verbieten ist das Stillen offen oder latent syphilitischer Kinder durch gesunde Ammen. Am zweckmäfsigsten findet er die Errichtung von ärztlich überwachten Verpflegskolonien für syphilitische Säuglinge und Mütter, so dafs damit eine Ammenverdingung durch private Bureaus ganz wegfiele. Auch Hebammen und Pflegepersonal sind in der Kenntnis der venerischen Leiden zu unterrichten. Beide Kategorien wären zu verpflichten, jede Verletzung oder Hautveränderung an ihren Händen sofort dem Arzte anzuzeigen, der sie unter Umständen aufser Thätigkeit zu setzen hätte.

Petrini de Galaz-Bukarest wünscht das Publikum und besonders dessen interessierten weiblichen Teil durch öffentliche Vorträge auf die Übertragungsmöglichkeit der Lues durch das Stillen aufzuklären. Er fordert wiederholte Zwangsuntersuchungen aller Säuglinge bis zum dritten Lebensmonat.

Ramazzotti-Mailand verlangt ein sowohl dem zu stillenden Kinde als der Amme vor Beginn des Stillens auszustellendes ärztliches Gesundheitszeugnis.

Castelo-Madrid schliefst sich letzteren Forderungen an. Er verlangt, dafs sie gesetzlich festgelegt werden. Keiner Familie dürfte es gestattet sein, Frauen als Ammen zu dingen, die nicht ein solches Gesundheitsattest vorweisen könnten. Jeder Arzt, der bei einer Entbindung zu Rate gezogen wird, soll verpflichtet sein, selbst beim geringsten Verdacht auf Lues des Säuglings gegen jede andere Ernährungsweise als die künstliche oder die durch die Mutter Verwahrung einzulegen. Schliefslich wünscht Castelo die Frage der Krankheitsübertragungen beim Geschäfte des Stillens durch öffentlich zu verteilende gedruckte Aufklärungen beleuchtet zu sehen.

Mario Oro-Neapel fordert aufserdem, dafs in den öffentlichen Kinderspitälern oder -Asylen alle Säuglinge während der drei ersten Monate ihres Lebens mit dem Saughütchen über die Brustwarze gestillt werden. Jeder Säugling müfste sein eigenes ausschliefslich zu seinem Gebrauche haben. Kinder, deren Antecedentien man nicht genau kennt, sollten selbst von dieser Saugweise ausgeschlossen und auf künstliche Ernährung angewiesen sein.

Róna-Budapest verlangt für Fabriken, Werkstätten und Ateliers bestimmte Verordnungen, welche aufklärend wirken und die Syphilisübertragung durch Instrumente, Handwerkszeuge und Gebrauchsgegenstände verhindern sollen. Glasbläser müssen ihre eigenen Mundstücke, Schüler und Fabrikarbeiter ihre eigenen Trinkbecher besitzen und benützen. Aufserdem sollten die Angestellten beiderlei Geschlechts in Fleischereien, Bäckereien, Gasthäusern ständiger obligatorischer Untersuchung unterworfen werden. Besondere Aufmerksamkeit erfordert ferner der Betrieb der Barbierstuben.

Oro-Neapel möchte eine solche zeitweise Zwangsuntersuchung durch Spezialisten für alle Arbeiter und Arbeiterinnen der Industrie-Etablissements eingeführt sehen.

Auch die Impfung vermag zur Übertragung der Syphilis Anlafs geben, sofern sie unsauber oder mit infizierter Lymphe (bei direkter Impfung von Arm zu Arm) ausgeführt wird. Merkwürdigerweise standen sich bezüglich der Impflues die Ansichten bedeutender Autoritäten schroff gegenüber. Sowohl Reale-Neapel, wie auch Havard, der Vertreter des nordamerikanischen Militärsanitätswesens, wie Cicero-Mexiko behaupteten, dafs Übertragungen von Syphilis bei Impfungen von Arm zu Arm in ihren Ländern einfach nicht vorkämen. Aus diesem Grunde zöge man dortseits allgemein die direkte Impfung, welche viel nachhaltiger immunisiere, dem Gebrauch animaler Lymphe vor.

Good-La Mothe bezweifelt, dafs die Impfung von Arm zu Arm wirklich so viel nachhaltiger wirke.

Landouzy-Paris verweist auf die sicher konstatierten Fälle von Übertragung der Syphilis auf obigem Wege.

Róna berichtet über eine Epidemie von Impflues, welche 1895 in Ungarn beobachtet wurde, und an der über 100 Kinder beteiligt waren.

Castelo-Madrid verweist auf gleiche Epidemien, die von verschiedenen Seiten berichtet wurden. Nach Bulkley haben von 1814—1892 deren nicht weniger denn 25 sich wissenschaftlich feststellen lassen.

Bezüglich der **Haftbarkeit für Übertragungen von Syphilis und venerischen Krankheiten auf andere Personen** sind die Meinungen sehr geteilt, selbst unter den anwesenden Rechtsgelehrten.

Morgenstierne-Christiania bemerkt, dafs die Verpflichtung zu Schadenersatz schon in den Gesetzgebungen fast aller Nationen festgelegt ist. Anders ist es mit der strafgesetzlichen Seite der Frage. Das belgische und französische Gesetz kennt die Bestrafung für Verursachung von „Coups und Blessures"; die Gerichtshöfe aber, welche

in Sachen venerischer Kontaminationen überhaupt nur selten angerufen zu werden pflegen, rechneten auch bisher schon letztere zu den Blessures, wie ergangene Urteile beweisen. Die neuen Strafgesetze der nordischen Länder und der Schweiz schliefsen in ihre Bestimmungen auch die geschlechtlichen Ansteckungen ein. Für die Prostitution kommen besondere Verhältnisse in Betracht. Der mit Prostituierten sexuell Verkehrende mufs sich des Risikos einer Erkrankung bewufst sein: volenti non fit injuria. Der deutsche Strafgesetz-Entwurf von 1892 setzte ebenfalls Haft bis zu einem Jahr und 1000 Mark Strafe auf wissentliche venerische Ansteckungen aus.

Morgenstierne fordert, dafs jeder Arzt den Venerischen Aufklärung über ihr Leiden zu geben verpflichtet werde; auf diese Weise wird den Kranken die spätere Entschuldigung mit Unkenntnis entzogen. Dieses Postulat enthält das neue norwegische Strafgesetzbuch.

Bonneve-Brüssel betont, dafs zwar keine neuen Gesetze für Übertragung geschlechtlicher Affektionen nötig, sondern dafs nur die bestehenden Bestimmungen betreffs körperlicher Schädigungen rigoros anzuwenden seien, dafs man aber den Verkehr mit Prostituierten davon ausnehmen müsse; das Erkranken durch die Priesterinnen der Unzucht könne jeder vermeiden durch Fernbleiben von ihnen, deren sanitäre Gefährlichkeit bekannt sei.

Bérenger-Paris im Gegensatz zu seinem Brüsseler Kollegen wünscht die Schaffung und gesetzliche Festlegung des neuen Delikts der Übertragung venerischer Krankheiten. Die civilrechtliche Seite des Problems sei genügend durch die bestehenden Gesetze gewahrt.

Meuron-Genf schliefst sich obigen Anschauungen an. Die strafrechtliche Ahndung müsse eine um so strengere sein, je jünger das angesteckte Individuum sei.

Fiaux-Paris wünscht die Bestrafung nur für Fälle der Krankheitsübertragung von Erwachsenen auf Minderjährige oder zwischen Minorennen von 16 bis 21 Jahren. Die Ansteckung Erwachsener durch minderjährige Kranke soll straflos bleiben.

Blanche-Leppington-Cubington und Edmondson-Halifax verwerfen jede Sondergesetzgebung. Nach ersterer würde damit einem Denunziationssystem Thür und Thor geöffnet werden. In den englischen Kolonien seien die Soldaten verpflichtet, zu melden, bei wem sie sich ihre venerischen Krankheiten zugezogen haben. Nun stehe fest, dafs sich nur ein kleiner Teil der so beschuldigten Mädchen als krank herausgestellt habe. Aber es beweise übrigens ein positiver Befund bei der Frau gar nicht, dafs die Infektion des Betreffenden gerade durch sie erfolgt sei. Nach Edmondson wird die persönliche Scham die meisten angesteckten Personen abhalten, die Sache gerichtlich anhängig zu machen. Das in Frage kommende Gesetz würde viele Kranke Charlatanen in die Arme treiben. Zwangsuntersuchungen der Angeschuldigten wären nicht zu umgehen, negative wie positive Befunde gestatteten keine zwingenden Rückschlüsse auf die Personalien des Urhebers der Affektion.

Fratta-Rom wünscht nur für Fälle absichtlicher Übertragung, sowie im Falle der Notzucht, Verführung und Verleitung Minorenner Bestrafung und zwar mittelst der schon bestehenden Gesetzesparagraphen.

Rethaan-Macaré-Haag glaubt ebenfalls, dafs die bestehenden Gesetze im allgemeinen den Anforderungen genügen. Er verweist auf die geringe Häufigkeit solcher Prozesse; man werde aus mancherlei Gründen darin keinen Wandel schaffen. Meist handele es sich bei den Beklagten um gänzlich mittellose Personen.

Jadassohn-Bern berichtet, dafs die schweizerische Kommission, welche die Frage geprüft hat, die strafrechtliche Ahndung venerischer Kontaminationen vorgeschlagen hat.

Le Foyer-Paris wünscht das gleiche und fordert ein besonderes Gesetz dafür.

Gregory-London hält die civil- wie strafrechtliche Heranziehung eines Menschen, der sexuelle Krankheiten übertragen hat, für unvereinbar mit den englischen Gesetzen.

Santoliquido-Rom und Van Meenen-Brüssel verwerfen die strafrechtliche Ahndung ebenfalls.

Bezüglich der persönlichen Prophylaxe bieten hauptsächliches Interesse die Vorschläge und Forderungen Fingers, Jadassohns, Lassars, Burlureaux' und Queyrats. Gemeinsam verlangen alle berufenen Kreise eine bessere Ausbildung der Ärzte auf dem Gebiete der Lehre von den Geschlechtskrankheiten, die Schaffung obligatorischer Vorlesungen über diese Materie, die Einführung dieser Fächer der Heilkunde in die Reihe der Prüfungsgegenstände des ärztlichen Staatsexamens. Ferner fordert man allseitig die Ermöglichung der unentgeltlichen Behandlung und Darreichung von Arzneien, sowohl durch Spitäler wie Polikliniken. Dazu Vermehrung der Bettenzahl, Verpflichtung der Krankenhausaufnahme ansteckender Geschlechtskranker, Verlängerung der Spitalskuren, technische und ethische Hebung der Abteilungen für Venerische in den Krankenhäusern; Sonderung der Prostituierten in eigenen Räumen, wo solche noch nicht besteht; Tragung der Kosten der Krankenhausbehandlung Unbemittelter durch die Staatskasse, eventuell nach schwedischem Muster Schaffung einer Kurhaussteuer. Weiter fordert Finger Verlegung der Konsultationen in zu schaffenden öffentlichen Ambulatorien auf die Abendstunden, so dafs die am Tage arbeitenden Kranken keinen Teil ihrer Arbeitszeit zu versäumen brauchen, sowie Belehrung der Kranken über die Gefahren, welche die Geschlechtskrankheiten für Kranke wie Allgemeinheit bilden.

Jadassohn betont den Wert eines besonders guten Pflege- und Wartepersonals auf den Abteilungen für Venerische. Kranken müfste die Möglichkeit gegeben werden, Arbeiten zu verrichten, was eine vortreffliche Ableitung aller unerwünschten Gedanken für die sich im allgemeinen nicht elend fühlenden Patienten wäre. Im übrigen sollte man in den zu errichtenden Polikliniken weibliche Ärzte anstellen und die Konsultationen beider Geschlechter unbedingt scharf getrennt abhalten. Der Arzt hätte allen Kranken Belehrungsblätter zu überreichen, welche vom Staate zu liefern und den Ärzten unentgeltlich zu überweisen wären. Der Bekämpfung des Alkoholmifsbrauches ist die gröfste Aufmerksamkeit zu schenken, insofern als in trunkenem Zustande mancher sonst nicht ausgeübte Beischlaf vorgenommen und aufserdem dabei dann jede Vorsichtsmafsregel aufser acht gelassen wird.

Lassar wünscht, dafs vor allem die Presse sich etwas mehr mit den furchtbaren Verhältnissen auf sexuell-sanitärem Gebiete beschäftigen möchte. An Stelle des Namens geheime Krankheiten müsse überall die wahre Bezeichnung treten und die Behörden sollten sich endlich entschliefsen, wie von Typhus und Lepra so auch von Syphilis und Tripper öffentlich zu reden. Schon auf die Kinder und werdenden Erwachsenen müsse von Lehrer, Schularzt, Eltern und Erziehern auf die sexuelle Sphäre hingewiesen werden. Belehrende Schriften und Merkblätter wären in ergiebigem Mafse entsprechend zu verteilen.

Burlureaux-Paris wünscht, dafs den klinischen Medizinern an der Hand von Fällen noch mehr als jetzt die Allgegenwärtigkeit der Syphilis und ihrer Folgen oder des Trippers vor Augen geführt werde. Die Erkenntnis der Häufigkeit dieser Leiden müfste den jungen Ärzten in Fleisch und Blut übergehen. In den Schulen könnte man ab und zu belehrende Vorträge halten lassen, vielleicht vor den Schülern der obersten Klassen, ehe sie auf Urlaub gehen. Diese Aufklärungen müfsten Lehrer oder Direktoren geben, welche ihrerseits wieder Kurse zu ihrer Ausbildung in der Materie bei Ärzten nehmen müfsten. Vielleicht könnte man auch die Litteratur zur Aufklärung des Volkes mit heranziehen (Brieux' Drama „Les Avariés").

Auch Burlureaux betont die Notwendigkeit von öffentlichen Anschlägen in Fabriken und Wartesälen, sowie von kleinen populären Schriften (Fournier's *Pour nos fils, quand ils auront* 18 ans).

Bezüglich des dritten Gegenstandes der Verhandlungen, der Statistik, ist der wichtigste Fortschritt in der Annahme von Santoliquidos Antrag zu sehen (No. 5).

Als greifbares Resultat der mehrtägigen Verhandlungen lassen sich die Wünsche und Vorschläge ansehen, welche von der Versammlung teils einstimmig angenommen, teils zur Signierung mit für oder wider zur Unterschrift ausgelegt worden sind.

Einstimmig wurden folgende Erklärungen angenommen:

1. Neisser, Gaucher, Jadassohn: Es ist wünschenswert, dafs das Gesetz jedem Geschlechtskranken eine unentgeltliche Behandlung in weitestem Sinne des Wortes gewährleistet. Es ist darauf zu achten, dafs alle den Venerischen ungünstigen Umstände aus Krankenhäusern und Sprechstunden verschwinden, sowie dafs die Behandlung in den öffentlichen Instituten das ärztliche Berufsgeheimnis wie das Schamgefühl der Kranken gleicherweise wahrt.

2. Barthélemy, Neisser, Petersen, Stürmer, Petrini: Die Prostituierten dürfen nicht als Schuldige, sondern sie müssen allein als Kranke mit ansteckenden Leiden angesehen werden.

3. Troisfontaines, Melis, Stainforth, Papiliau: Den zum Militärdienst eintreffenden Mannschaften ist eine kurzgefafste gedruckte Aufklärung über die Gefährlichkeit des Trippers und der Syphilis zu übergeben. Eine besondere Ermahnung wäre beizufügen, der Geschlechtskrankheiten stets eingedenk zu bleiben und sie später jedem behandelnden Arzte mitzuteilen. Vielleicht würde man auch dem Druckblatt einige kurze Hinweise auf die Gefahren des Alkoholismus und den Schutz gegen die Tuberkulose mit Nutzen beifügen. Der den Dienst verlassende Soldat müfste ein Exemplar der Aufklärungsschrift neben seinem Militärpafs ausgehändigt erhalten.

4. Neisser, Bertarelli, Bieber-Böhm, Petersen, Minod, Peroni, Pierson: Das wichtigste und wirksamste Mittel zum Kampf gegen die Ausbreitung der Geschlechtskrankheiten ist die möglichst umfassende Volksaufklärung über die schweren Gefahren und die Wichtigkeit dieser Krankheiten. Zu diesem Zwecke gilt es, der männlichen Jugend nicht nur zu lehren, dafs Keuschheit und Enthaltsamkeit nicht schädlich sind, sondern im Gegenteil diese Tugenden vom ärztlichen Standpunkt aus sogar höchst empfehlenswert erscheinen.

5. Santoliquido-Rom: Unter der Voraussetzung, dafs die verschiedenen Statistiken vergleichbarer Art sein müssen, ist es notwendig, dieselben auf gleichen Grundlagen zu erheben. Ihre Aufstellung ist einem internationalen Bureau anzuvertrauen, dessen Vorsitzender die ihm unterbreiteten Vorschläge den verschiedenen Regierungen übermitteln wird. Er hat auch deren Ansichten über die Bildung dieses Bureaus und über Gewährung von Zuschüssen einzuholen.

6. L. Franck, Neisser, Morsier, Fiaux: Es möge von seiten der Erzieher der Jugend aller Altersstufen eine zweckmäfsige und fortschreitende Erziehung betreffs des geschlechtlichen Lebens des Menschen, sowohl von gesundheitlichen wie moralischen Gesichtspunkten aus eingeführt werden. Aufserdem möge eine Kommission ernannt werden zur Herausgabe einer Abhandlung, welche sich auf den schon bestehenden Schriften dieser Art aufbauend, für obengenannten Unterricht als Leitfaden dienen und denselben in allen Ländern einführen und verbreiten soll.

Nicht einstimmig gefafste Wünsche und Vorschläge:

I. Landouzy, Gaucher, Queyrat: Die Art der Reglementierung, wie sie augenblicklich gehandhabt wird, hat sich als unwirksam erwiesen und mufs aufgegeben

werden. Bezüglich des Schutzes gegen die venerischen Krankheiten müfste man auf das für Mann wie Frau gleiche gemeine Recht zurückgreifen.

II. Balzer: Die Regierungen mögen die Prostitution minderjähriger Frauen unter 18 Jahren, ja selbst bis zu 21 Jahren durch Unterbringung derselben in besonderen Asylen unterdrücken und alle Personen, welche solche Frauen der Unzucht zuführen, schwer bestrafen.

Zusatz Good: Die minderjährigen Prostituierten sind öffentlichen oder privaten Besserungsanstalten zu überweisen, welche unter der Aufsicht richterlicher Gewalt stehen.

III. Minod: Die minderjährigen Prostituierten sollen Schutzgesellschaften anvertraut werden, welche, obwohl als halboffizielle Einrichtungen angesehen, vom Staate subventioniert werden. Bezüglich ihrer Verwaltung und Methoden ist denselben vollkommen freie Hand zu lassen. Kranke Prostituierte wären auf Kosten der Gesellschaften zu behandeln.

IV. Béco: Die Konferenz stellt fest, dafs nach den vorgelegten Berichten und den einstimmigen Erklärungen aller Redner, welche gesprochen haben, die augenblicklich in Kraft stehenden Systeme der Überwachung der Prostitution in verschiedener Hinsicht Lücken aufweisen, und dafs besonders das Eingreifen der Polizei der Wirksamkeit der sanitären Gewalt abträglich ist, während es doch ihre alleinige Aufgabe sein müfste, derselben zur Verfügung zu stehen. Die Konferenz ist der Ansicht, dafs man im Recht wie in der Praxis zwischen beiden einen scharfen Unterschied machen mufs und die sanitäre Autorität von der polizeilichen derart zu trennen ist, dafs die Verhütung der Geschlechtskrankheiten wie die jeder anderen übertragbaren Krankheit ausschliefslich hygienisch-ärztlichen Charakter tragen darf.

V. Neisser: Alle von der Behörde zur Bekämpfung der venerischen Krankheiten und gegen die Schäden der Prostitution zu ergreifenden Mafsregeln sind durch Gesetz zu regeln. Das Gesetz hat nur die grundlegenden Prinzipien festzulegen. Die Ausführung des Gesetzes im einzelnen ist den örtlichen Behörden der Städte und Gemeinden zu übertragen.

VI. Le Pileur, Balzer, Barthélemy, Thibierge, Verchère u. a.: Die Reglementierung der Prostitution mufs beibehalten, jedoch gründlich geändert werden und zwar besonders betreffs der Minorennen. Die öffentlichen Gewalten sind aufzufordern, ein sanitäres Gesetz auszuarbeiten, das gleichzeitig die Prostitution und alle Fragen der Übertragung venerischer Krankheiten und der daraus entstehenden Verantwortlichkeit regeln soll.

VII. Neisser: Es ist ein Gesetz, welches die Behandlung der Geschlechtskrankheiten durch nichtapprobierte Personen verbietet und strenge bestraft, einzuführen.

VIII. Neisser, Barthélemy, Blaschko, Jadassohn, Welander u. a.: Jedem Geschlechtskranken ist auf Wunsch gesetzlich unentgeltliche Behandlung im Hospital oder in einem Ambulatorium zu gewähren. Alle aus dieser unentgeltlichen Behandlung erwachsenden Kosten trägt der Staat oder zur Zahlung verpflichtete Kassen. In den Hospitälern sollen alle zu Ungunsten der Geschlechtskranken bestehenden Einrichtungen wegfallen. Es ist dafür zu sorgen, dafs in den öffentlichen Anstalten die Behandlung mit möglichster Wahrung des ärztlichen Geheimnisses und Schonung der Schamhaftigkeit der Kranken vor sich gehen kann.

IX. Neisser: Der Staat hat das Recht und die Pflicht, die von der Prostitution ausgehenden hygienischen Gefahren durch gesetzliche Mafsregeln zu bekämpfen. Das gegenwärtige Überwachungssystem soll umgewandelt werden in ein sanitäres, das nur so weit obligatorisch sein soll, wie es zur Erreichung des hygienischen Zieles unbedingt notwendig ist.

X. Rethaan-Macaré, Mendes da Costa u. a.: Das Gesetz möge den obersten Sanitätsbehörden jedes Landes das Recht einräumen, auf die Angabe des Arztes hin, der den Kranken behandelt oder behandelt hat, gegen eine Heirat Einspruch zu erheben, sobald dieselben die Überzeugung gewonnen haben, dafs die betreffende Person an einer übertragbaren Krankheit leidet, welche für die andere Ehehälfte oder die Nachkommenschaft der zukünftigen Ehegatten von unheilvollem Einfluſs sein könnte.

XI. Good, Vervaeck: Die Konferenz verweist die Regierungen und die Öffentlichkeit auf den praktischen Nutzen einer ärztlichen Untersuchung vor der Eheschlieſsung unter der Form von Lebensversicherungen. Die Satzungen dieser Gesellschaften hätten die Geschlechtskranken auszuschlieſsen.

XII. Jadassohn: Jeder Arzt soll verpflichtet sein, jedem Patienten, der venerisch krank ist oder auch nur zugesteht, sich der Gefahr der Ansteckung ausgesetzt zu haben, eine kurze gedruckte Belehrung über die Bedeutung der venerischen Krankheiten zu übergeben. Nur in den vereinzelten Fällen, in welchen der Arzt berechtigt ist anzunehmen, dafs der Patient durch Kenntnis seiner Diagnose geschädigt werden kann, soll eine Ausnahme von dieser Regel gestattet sein. Die Formulare zu dieser Belehrung sollen den Ärzten durch die Behörden geliefert werden.

XIII. Chaves: Betreffs der Impfung empfiehlt die Konferenz den Vorzugsgebrauch tierischer Lymphe, weil die Übertragbarkeit der Syphilis durch Impfung von Arm zu Arm nachgewiesen ist.

XIV. Belgische Gesellschaft für öffentliche Moral: Die Gesellschaft wünscht, dafs die Universitätsprofessoren durch die vorgesetzten Behörden ersucht werden möchten, ihre Schüler auf folgende Punkte aufmerksam zu machen:

1. auf die Gefahren der Geschlechtskrankheiten für das Individuum, die Familie und die ganze Gesellschaft;

2. auf die Vorteile der Enthaltsamkeit, sowohl in körperlicher wie geistiger Beziehung;

3. auf die patriotische und menschliche Pflicht jedes gebildeten Menschen durch Wort und Beispiel ein Übel bekämpfen zu helfen, welches für die Völker eine der Hauptursachen der Entartung bedeutet.

XV. Bonnevie: Es gilt, die Grundsätze der civil- und strafrechtlichen Verantwortlichkeit auf die Übertragung der venerischen Krankheiten mit Ausnahme der Beziehungen zu Prostituierten anzuwenden.

XVI. Good: Den Etablissements und Häusern, die gleichzeitig der Unzucht dienen, ist keinerlei Erlaubnis zum Verschänken geistiger Getränke zu erteilen.

XVII. Bertarelli, Peroni: Die Konferenz ist davon überzeugt, dafs die Ansteckung mit Tripper und Syphilis a priori einen strafbaren Eingriff darstellt, welcher auch zu Schadenersatz verpflichtet; sie hält es aber nicht für notwendig, eine Neuerung in die Gesetzgebung betreffend die straf- und civilrechtliche Verantwortlichkeit, wie sie in den meisten Staaten besteht, einzuführen. Sie hält es nur für angebracht, dem Wunsche Ausdruck zu geben, dafs die bestehenden Bestimmungen rücksichtslos in Anwendung gebracht werden.

XVIII. Bertarelli, Amicis, Tommasoli: Es möge jede Art des Stillens aufser durch die eigene Mutter verboten werden, sofern nicht vorher für jeden Fall die Erlaubnis des Arztes eingeholt ist. Im Falle einer Syphilisübertragung durch das Stillen soll die ansteckende Person der angesteckten gegenüber als civil- und strafrechtlich verantwortlich angesehen werden, je in der für die einzelnen Länder einzuführenden Art.

XIX. Good: In der Erkenntnis, dafs eines der besten Mittel zum Schutz gegen Syphilis und venerische Krankheiten unzweifelhaft in einer richtig verordneten und gut durchgeführten Behandlung besteht, spricht die Konferenz folgende Wünsche aus:

1. Jede Person, die zu einer Freiheitsstrafe verurteilt ist, soll aufserdem einer genauen ärztlichen Untersuchung unterworfen werden.

2. Jeder ansteckend kranke Gefangene soll einer ärztlichen Behandlung unterzogen werden.

3. Wenn der Kranke bei Ablauf seiner Strafe von seiner Krankheit oder den ansteckenden Zufällen, die er darbietet, noch nicht befreit ist, soll die Behörde das Recht haben, ihn nötigenfalls in einem Krankenhause bis zur Heilung unterzubringen.

4. Freigelassen soll der Betreffende dann gehalten sein, während eines von ärztlicher Seite zu bestimmenden Zeitraumes sich zu gewissen Terminen dem Arzte vorzustellen.

5. Im Falle der Zuwiderhandlung gegen die ärztlichen Anordnungen und demnach der Verzögerung seiner Heilung, dürfte er als Vagabund betrachtet und als solcher der Regierung zur Verfügung überwiesen werden.

Moskauer venerologisch-dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 27. September (10. Oktober) 1902.

Originalbericht von Arthur Jordan-Moskau.

1. Rahr als Gast demonstrierte ein 6jähriges Mädchen mit **Sclerema cutis simplex**, lokalisiert auf den rechten Arm und das rechte Schulterblatt.

2. Ustinow stellte einen Fall von **Reinfectio syphilitica** vor. Die betreffende, 50jährige Dienstmagd weist eine Sklerose der einen Mandel, charakteristische Drüsenschwellung, Papeln an den Geschlechtsteilen etc. auf, zeigt aber aufserdem an den Unterschenkeln gummös-syphilitische Erscheinungen (periostitische Verdickungen und Narbenbildung). Ihrer Angabe gemäfs hat sie als 8jähriges Mädchen Geschwüre an den Unterschenkeln gehabt, welche langsam unter Narbenbildung verheilt sind.

Diskussion. Tschlenow fragt, ob Ustinow eine hereditäre oder acquirierte Lues annimmt. Ustinow glaubt, dafs man das nicht entscheiden könne.

Tschlenow findet die Bezeichnung Reinfectio nicht richtig, da dieses ein streng wissenschaftlich bestimmter Begriff ist, unter dem man das genau verfolgte Überstehen zweier Infektionen versteht, nicht aber eine syphilitische Infektion bei einer möglicherweise hereditär syphilitischen Person. In diesem Falle müfste man nach Tarnowsky von einer Syphilis binaria sprechen. Da aber hier nicht sicher zu entscheiden ist, ob es sich das erste Mal um hereditäre oder acquirierte Lues gehandelt hat, so würde er den Fall als syphilitische Infektion einer Person mit bestehenden gummösen Erscheinungen bezeichnen.

Ustinow entgegnet darauf, das Wort Reinfectio bedeute eine erneute Infektion, und erscheint es ihm gleichgültig, ob das eine Mal von diesen beiden Infektionen eine hereditäre oder acquirierte gewesen sei.

Priklonski schliefst sich der Ansicht Ustinows an.

Pospelow erkennt die Berechtigung, den vorgestellten Fall als Reinfectio zu bezeichnen, vollkommen an, da wir es mit einer zweiten Infektion zu thun haben. Nur selten wird ein und derselbe Arzt in der Lage sein, beide Infektionen beim Patienten zu beobachten. Er hat einmal beide Infektionen verfolgen können, aber meist wird man sich das zweite Mal auf Angaben des Kollegen oder auf sichtbare Veränderungen stützen müssen. Was nun die erste Infektion in diesem Falle anbetrifft, so kann es sich nur um eine in frühester Jugend acquirierte und nicht ererbte Lues handeln, da alle für letztere sprechenden Zeichen fehlen. Von einer Syphilis binaria liefse sich aber in diesem Falle unter keiner Bedingung sprechen, da man darunter etwas ganz anderes versteht.

3. Sokolow führte zwei Fälle von **Ulcus von Pende** vor, die zwei junge, angereiste Perser betreffen. Der ältere der beiden Knaben zeigt auf der linken Wange ein etwa fünfkopekenstückgrofses, von einem roten Hof umgebenes und mit einer Borke bedecktes Geschwür, welches 10 Monate besteht. Der jüngere Knabe hat am oberen Rande des rechten, äufseren Ohres ein kleines Geschwür, welches kürzere Zeit besteht. Bei beiden Knaben findet sich in der Umgebung der Geschwüre eine Infiltration der Haut und ferner sind die Drüsen der entsprechenden Halspartie geschwollen. Mikroskopisch wurden die Heydenreichschen Diplokokken gefunden.

Pospelow hebt als ganz besonders charakteristische Merkmale für dieses Geschwür den Diplokokkenbefund, das Infiltrat in der Umgebung und die Drüsenschwellung hervor.

4. Pospelow stellte zwei Frauen mit **Morbus Addissoni** vor, von denen die eine, schon früher demonstrierte, jetzt bedeutend gebessert ist, dank dem monatelangen Gebrauch von Gl. suprarenalium. Die Kranke hat im ganzen 457 Tabletten von Gl. suprarenalium zu 0,5, mehrere am Tage, geschluckt, ohne die geringsten unangenehmen Nebenwirkungen zu spüren. Es hat sich statt dessen das Gewicht gehoben, die nervösen Erscheinungen (Kopfweh, epileptiforme Anfälle) haben aufgehört, das subjektive Gefühl ist viel besser geworden und die Pigmentierung der Haut hat nachgelassen. Im Anschlufs hieran demonstrierte P. noch einen zweiten Fall von Morbus Addissoni, betreffend eine Frau von 54 Jahren, bei der auch die Schleimhäute pigmentiert sind und die jetzt gleichfalls derselben Therapie unterworfen werden soll.

5. Bogrow als Gast zeigte einen 19jährigen Knaben mit **Lupus vulgaris** der rechten Wange, welcher mit Licht behandelt worden ist, und zwar mittels des Apparates von Lortet und Genoud. Es läfst sich eine entschiedene Besserung, freilich erst nach längerer Anwendung (80 Sitzungen), konstatieren.

Diskussion. Malyscheff findet, dafs der Prozefs an der Peripherie der Lupusnarbe weitergehe.

Pospelow bestätigt das, erklärt es aber damit, dafs die Behandlung, ehe sie zu Ende geführt worden war, wegen Schliefsung der Klinik für die Sommermonate unterbrochen werden mufste.

Metschersky bemerkt, dafs auch nach der Finsenschen Lichtbehandlung Rezidive vorkommen, wenigstens hatte er in diesem Sommer Gelegenheit, ein solches bei der Lupuskranken zu sehen, welche Prof. Petersen auf dem letzten Pirogoffschen Kongresse in Moskau vorstellte.

Pospelow meint, dafs die Möglichkeit der Rezidive bei der Lichttherapie natürlich nicht ausgeschlossen ist, dafs es aber jedenfalls die schonendste Behandlung ist.

6. Priklonski sprach über **Versuche der abortiven Behandlung des Erysipels.** Er hat mit Erfolg bei einer, freilich nicht grofsen, Anzahl von Erysipelfällen Sublimatkompressen angewandt, und zwar am ersten Tage 1 : 1000, am zweiten, falls das Fieber schon gesunken ist, 1 : 2000 und vom dritten Tage an 1 : 3000. Schwindet das Fieber nicht so schnell, so mufs man etwas länger als einen Tag bei der Konzentration 1 : 1000 bleiben. In diesem Falle beobachtete er aber einmal Stomatitis.

Diskussion. Malyscheff fragt, wie oft am Tage die Kompresse gewechselt werden mufs?

Priklonski erwidert, zweimal täglich.

Krassnoglasow erkundigt sich, ob gleichzeitig auch innere Mittel angewandt werden?

Priklonski verneint es. Nur Wein.

7. Kiesel sprach über die neuesten Forschungen hinsichtlich der **Lehre von der Blastomycosis cutis.**

Société Belge de Dermatologie et de Syphiligraphie.

Sitzung vom 10. März 1901.

Pityriasis rubra pilaris, von Dufour-Brüssel. Es wird ein 9jähriges Kind vorgestellt, bei dem die Affektion etwa 5 Wochen zuvor an den Handrücken als rote, schuppende Flecke begann und sich allmählich über den ganzen Körper ausbreitete. Redner macht auf die charakteristischen, wie Klümpchen von angetrocknetem grauem Strafsenkot aussehenden Schuppenanhäufungen aufmerksam. Die Behandlung mit Bädern und Chrysophansalbe resp. (im Gesicht) Gallanol hat schon eine wesentliche Besserung erzielt.

De Smet: Die Bezeichnung pilaris ist zu beanstanden; die Dyskeratose, um die es sich hierbei handelt, ist nicht blofs auf die Haarfollikel beschränkt, sie kommt vielmehr auch an den Handtellern und Fufssohlen vor.

Ein Fall von Alopecie, die sich unter Sublimatumschlägen entwickelte, von Dufour-Brüssel. Ein 54jähriger Maler mit starkem Haarwuchs zog sich durch Sturz auf der Treppe nächtlicherweile eine 3 cm lange Wunde der Kopfschwarte zu. Dieselbe wurde mit 1‰igen Sublimatumschlägen verbunden und heilte ohne weitere Zwischenfälle. Am 15. Tage nach der Verletzung fanden sich lose Haare im Verbande und in kurzer Zeit zeigte der ganze Kopf, mit Ausnahme eines kleinen Gebiets am Hinterkopf, ausgesprochene Lichtungen. Ursachen des Haarausfalles können sein: ein Mikroorganismus, der an der Wunde eindrang, das feste Verbinden, das Sublimat oder ein Einfluſs des Traumas auf die Nerven.

Cruyl hat eine ganz ähnliche Erfahrung mit Karbolsäure gemacht.

Daudois glaubt mehr an eine Trophoneurose.

Abnormer Fall von Syringomyelie, wahrscheinlich auf syphilitischer Basis (Morvanscher Typus an den unteren Extremitäten), von L. Dekeyser-Brüssel. (Bereits referiert.) Besonders bemerkenswert bei dem 45jährigen Manne war die Ulceration und Schwund der ersten Phalanx beider grofsen Zehen und die („stiefelförmige") thermische und die (weniger ausgedehnte) Berührungs- und Schmerzanästhesie.

Lupus mit Röntgenstrahlen behandelt, von Duhot-Brüssel. Der mit ulceriertem Lupus des Ohres behaftete Patient ist seit 1 Monat mit täglichen ¼stündigen Bestrahlungen ohne irgend welchen nennenswerten Erfolg behandelt worden.

François: Da dies D.s erster Versuch mit den Strahlen ist, sind vielleicht technische Fehler begangen worden.

De Smet: Ulcerierter Lupus ist überhaupt weniger geeignet für diese Behandlungsweise.

Lymphangiektasien des Penis und Scrotums, von Duhot-Brüssel. Die Erkrankung beruhte in diesem Falle auf syphilitischer Basis. Das Scrotum war bis Kindskopfgröfse angeschwollen und war ebenso wie der Penis mit zahlreichen kleinen, harten, rundlichen Tumoren besetzt, welche auf Anstechen eine ziemlich reichliche Menge Lymphe entleerten. Antisyphilitische Behandlung hat eine nur langsame Besserung bewirkt.

Ist Alopecia areata ansteckend? von Cruyl-Gand. Unter 80 mit Sorgfalt auf kontagiöse Übertragung untersuchten Patienten aus Arbeiterkreisen hat C. keinen einzigen Fall einer derartigen Entstehung nachweisen können, trotzdem durch das enge Zusammenleben die beste Gelegenheit dazu gegeben wäre.

Bertrand hat auch spezielle Untersuchungen in dieser Hinsicht mit negativem Erfolg angestellt.

François hat einen Fall von Erkrankung der Mutter eines alopeciekranken Kindes gesehen.

Dufour: In einer Familie, wo der Sohn Alopecie hatte, erkrankte bald darauf das Dienstmädchen daran; sie ging nach Hause, worauf alsbald ihr Bruder und ihre Mutter erkrankten.

Lespinne: In Gand ist einmal bei einer Kompagnie Soldaten eine Epidemie von Area Celsi vorgekommen.

Cruyl: Dieselbe beruhte auf Neubildungen und anderen Ursachen.

Bertrand: In der Gegend von Marche sind ähnliche Pseudoepidemien beobachtet worden.

Sitzung vom 12. Mai 1901.

Alopecia areata im Anschluſs an einen Abscefs der Kopfschwarte, von A. Bayet-Brüssel. B. stellt ein Kind vor, bei welchem nach Spontanheilung eines Abscesses am Hinterkopfe die Haare an der betreffenden Stelle ganz das Aussehen von Area Celsi darboten.

Dubois-Havenith regt die Frage von der Übertragbarkeit des Leidens an. Er hat unter Hunderten von Fällen nur 3 mal die Koexistenz von 2 Fällen in derselben Familie beobachtet.

François hat das Auftreten des Leidens bei zwei Schwesternpaaren, die viel zusammen verkehrten, beobachtet und rät wenigstens zur Vorsicht beim Erteilen der Erlaubnis zum Schulbesuch.

Behargel glaubt durchaus nicht an die Kontagiosität.

Bayet hält es für möglich, daſs die Ätiologie bei den verschiedenen Fällen eine verschiedene sei und will nicht ohne weiteres die Verantwortung für die Nichtübertragbarkeit übernehmen. Auffallend sei die Verschiedenheit in der geographischen Verteilung. Das Leiden ist häufig in Frankreich und Belgien, seltener in Deutschland und noch seltener in Dänemark.

Dubois-Havenith berichtet über das Vorkommen der Affektion bei drei Generationen derselben Familie.

Traumatische Area Celsi, von A. Bayet-Brüssel. Detaillierter Bericht über einen 17jährigen Burschen mit neurotischer Anamnese, der nach einem heftigen Schlag auf die rechte Schläfengegend einen starken Haarausfall vom Scheitel bis an die Stirngegend darbot. Verfasser begründet ausführlich seine Auffassung von der Rolle, welche das Trauma und die dadurch gesetzte Nervenverletzung beim Haarausfall spielten.

Ein Fall zum Diagnostizieren, von demselben. Ein 39jähriger, sehr kräftiger Mann, der seit 5 Jahren infolge eines Sturzes aus 2 m Höhe nach kurzer Bewuſstlosigkeit vollständige Lähmungserscheinungen und eine allmählich zunehmende, schlieſslich den ganzen Körper betreffende, totale Anästhesie darbot, zeigt auf der Vorderfläche des Rumpfes einen Ausschlag, der die gröſste Ähnlichkeit mit einer disseminierten Roseola syphilitica aufweist. Ein Jahr zuvor hatten an den betreffenden Stellen Papeln bestanden. An den Beinen fanden sich rötliche Pigmentierungen, wie man solche bei tertiärer Syphilis entstehen sieht. Eine Infektionsmöglichkeit wurde vom Patienten geleugnet und Verfasser neigt dazu, diese Hautaffektion auf den Einfluſs von Antipyrin zu schieben, von dem Patient enorme Mengen genommen hat.

Ein Fall zum Diagnostizieren, von demselben. Bei einem 36jährigen Kohlenbergwerksarbeiter besteht seit 20 Jahren eine Warzenbildung am Fuſse, die vorübergehend auch ausheilte. Im allgemeinen macht die Affektion den Eindruck der Tuberkulose, doch denkt B. an eine Kombination von Tuberkulose mit hereditärer Syphilis aus folgenden Gründen: An der Tibia des Kranken findet sich Exostose; die mittleren Schneidezähne zeigen eine Querfurchung, und von den 18 (!) Kindern, welche die Mutter des Patienten zur Welt gebracht hat, sind nur 6 am Leben. Eine intra-

peritoneale Impfung eines Meerschweinchens ergab ein negatives Resultat, ebenso die Injektion von Tuberkulin R. beim Patienten.

Ein intensiver Fall von Dermographie, von Cruyl-Gand. Der 38jährige Patient ist von nervösem Habitus, sonst aber im wesentlichen gesund. Schon beim Auskleiden genügt die Abkühlung an der Luft, um der sonst weifsen Haut ein fleckiges, violettes Kolorit zu verleihen. Die Zeichnungen, welche man durch Kratzen u. dergl. auf derselben hervorruft, bleiben $^3/_4$ Stunde lang bestehen. Aufträufeln von Äther verzögert den Eintritt der Dermographie, ohne dieselbe zu verhindern. Unter einer 7wöchigen Behandlung mit Bädern, innerer Antisepsis und hygienischen Vorschriften ist eine gewisse Besserung eingetreten.

Dermatitis herpetiformis bei einem syphilitischen Patienten, von Dubois-Havenith. Die Dermatitis zeigte sich bei dem 27jährigen Kranken vor 4 Jahren bereits; die Syphilis wurde vor $1^1/_2$ Jahren acquiriert. Bemerkenswert ist die prompte Entstehung von Bläschen fast bei jedem geringfügigen Trauma. Trotzdem wurde die Inunktionskur gut vertragen.

Ein Fall von rezidivierendem Erythema exsudativum multiforme, von demselben. Die Krankheit fing vor 6 Monaten an und hat seitdem 6mal rezidiviert. Es sind dabei stets die gleichen Stellen affiziert: Handteller, Fufssohlen, Scrotum, Lippenschleimhaut und deren Umgebung. Ein spezialistisch gebildeter Arzt hat sich verleiten lassen, die Diagnose auf Syphilis zu stellen; in der That besteht, namentlich im Endstadium, eine ziemliche Ähnlichkeit damit.

Ein Fall von tertiärer Syphilis mit diagnostischer Schwierigkeit, von Dufour-Brüssel. Es handelte sich um einen 35jährigen Brauergehülfen mit unzweifelhafter Syphilis. Zweifelhaft war das Wesen eines sehr schweren Tumors in der rechten Seite des Scrotums in Form einer mit dem Stiel nach unten gerichteten Birne. Der Tumor, offenbar der vergröfserte Hoden, ist knorpelhart und gleichmäfsig glatt an der Oberfläche und hat sich durch die sonst erfolgreiche Therapie nicht beeinflussen lassen.

Die Trichophytien im Krankenhause zu Gand, von Minne. Die während 2 Jahren auf der dermatologischen Abteilung ausgeführten Beobachtungen ergaben ein enormes Überwiegen der kleinsporigen Form; das Verhältnis derselben zur grofssporigen war wie 94 : 6. Favus war auch verhältnismäfsig häufig. Unter 100 Fällen verteilten sich die drei Affektionen folgendermafsen: Favus 28, Endothrix 4, Mikrosporon 68. Somit ist diese Form in Gand noch häufiger als in England.

François: In der Centralklinik in Antwerpen verteilten sich 82 Fälle derartig, dafs auf Favus 33, auf Megalosporon 18 und auf Mikrosporon 31 kamen.

Bayet: In Brüssel ist die kleinsporige Form bei weitem die häufigste.

Trichorrhexis nodosa und ihre Ätiologie, von Dekeyser-Brüssel. Nach einer ziemlich eingehenden Schilderung des klinischen Bildes und der mikroskopischen Verhältnisse wendet sich Verfasser zunächst gegen die Raymondsche Behauptung, dafs diese Affektion an den Haaren der Genitalgegend bei etwa 40—60% aller Frauen vorkomme. Bei einer Serie von 106 daraufhin im Hospital untersuchten Frauen hat er die Anomalie kein einziges Mal angetroffen. Eingehend wird sodann die Ätiologie besprochen. Die Beteiligung von Mikrobien in dieser Beziehung ist von verschiedenen Autoren (Hodara, v. Essen, Raymond, Markusfeld u. a.) herangezogen worden, doch sind, wie D. ausführt, die Resultate durchaus nicht übereinstimmend. Bei einem von ihm selbst untersuchten Falle hat Verfasser auch die für den Schnurrbart verwendete Bürste untersucht, ohne aber weitere Anhaltspunkte zu gewinnen, obgleich diese auch ähnliche Einrisse zeigte. Auch mechanische Insulte können keine grofse Rolle dabei spielen, denn er hat etliche Haare des Patienten auf alle mögliche Weise bearbeitet,

sogar im Mörser gestofsen, ohne das bekannte Bild zu erzeugen. Andererseits kann Mangel an Reinlichkeit und Pflege nicht bezichtigt werden; es sind gerade solche Individuen, die Wert auf ihr Äufseres legen, bei denen man die Affektion antrifft. Verfasser hat auch seinerseits ein Mikrob gefunden, das sich nach Gram gut färbt und auf Bouillon wächst. Seine Untersuchungen sind aber noch nicht abgeschlossen.

Histologische Schnitte von 2 Fällen von Pagetscher Krankheit, von Dubois-Havenith. Fall I, der am weitesten vorgeschrittene, hatte die Gröfse eines Handtellers und zeigte ein Vordringen bis ins subcutane Gewebe und die Substanz der Milchdrüse und Beteiligung der Lymphdrüsen der Achselhöhle. Es fanden sich die charakteristischen carcinomatösen Veränderungen und einige Elemente von der Art der Blastomyceten. Der zweite Fall stellt sich als ein Vorstadium des ersten dar.

Sitzung vom 14. Juli 1901.

Die Lichtheilmethode-Apparate, von François-Antwerpen. Redner demonstriert den Apparat von Lortet und Genoud, den er für empfehlenswert hält. Überhaupt schätzt er die Finsensche Methode sehr.

Dubois-Havenith hat vorzügliche Resultate von der Lichtbehandlung gesehen, aber auch Patienten, welche nach 200 Sitzungen noch nicht geheilt waren.

François: Bei den meisten der so geheilten Fälle sind im Laufe von einigen Jahren keine Rezidive eingetreten. Andererseits sind auch Mifserfolge nicht ausgeschlossen.

Dubois-Havenith: Auch Finsen hat Rezidive erlebt.

Bayet zieht die operative Entfernung der Lupusherde mit nachfolgender Hauttransplantation, wie dies Lang empfohlen hat, vor.

Ein Fall von Pemphigus der Conjunctiva, von H. Coppez-Brüssel. Patient, ein 48jähriger Friseur, acquirierte im Jahre 1892 die ersten Erscheinungen des Pemphigus in Form von Blasen auf der Innenfläche der Vorhaut und am Nabel. Die Affektion rezidivierte mit grofser Hartnäckigkeit, ergriff die Kopfschwarte und die Mundschleimhaut und etwa 4 Jahre später die Conjunctiva beiderseits, namentlich links. Die Behandlung war im wesentlichen eine operative, nur darauf gerichtet, die Verletzung des Bulbus durch die bei der narbigen Retraktion einwärts sich biegenden Cilien zu verhüten.

Dubois-Havenith: Die Diagnose erscheint durchaus nicht unanfechtbar; Pemphigus hinterläfst keine Narben.

H. Coppez: Die Affektionen an den Konjunktiven sind derartig, wie man sie allgemein dem Pemphigus zuzählt.

Bayet: Als Pemphigus kann der Fall nicht gelten. Einen ähnlichen Prozefs hat er bei einer hysterischen Frau beobachtet, wovon er ein Photogramm vorlegt. Es sind dies noch nicht aufgeklärte Vorgänge.

Ein Fall von später kongenitaler Syphilis, von A. Bayet-Brüssel. Bei dem 18jährigen Mädchen waren die ersten Erscheinungen der hereditärsyphilitischen Osteoperiostitis des rechten Armes erst ein Jahr vor der Aufnahme hervorgetreten. Die Therapie stützte die Diagnose.

Traumatische Alopecie, von Ed. Dufour. Ein 27jähriger Polierer zog sich durch einen Sturz eine Verletzung des Kopfes zu, welche mit Sublimatumschlägen behandelt wurde. Zwei Monate später, als die Wunde 8 Tage verheilt war, fingen die Haare an auszufallen, und zur Zeit ist ein grofser Teil des Kopfes kahl.

Fall von symmetrischer Vitiligo, von demselben. Betraf einen 49jährigen Tapezier und hatte zuerst die Arme, dann die Beine, dann den Rest des Körpers befallen.

Fall von tertiärsyphilitischer Polyneuritis, von L. Dekeyser-Brüssel. Verfasser berichtet ausführlich über einen in seinen einzelnen Erscheinungen sehr ungewöhnlichen und rätselhaften Fall, wei welchem aufser obiger Diagnose auch Malaria in Betracht kam. Der 42jährige Patient scheint im Jahre 1882 sich syphilitisch leicht infiziert zu haben, ohne wesentliche Folgeerscheinungen darzubieten. Späterhin kamen Lähmungen, Anästhesien und sonstige Störungen seitens des Nervensystems hinzu. Antisyphilitische Behandlung war von bestem Erfolge begleitet.

Poirier: Möglicherweise hat Blennorrhoe eine Rolle hierbei gespielt. Man kennt ähnliche Zustände auch als Folgezustände dieser Krankheit.

Fall von Lepra mit anscheinendem Heilerfolg, von A. Bayet-Brüssel. B. zeigt Photogramme von einem Leprösen vor, welche in einem Zwischenraum von 2 Monaten angefertigt sind. Man sieht eine ganz unverkennbare Besserung. Dieselbe ist aber ohne jegliche Behandlung eingetreten, und späterhin ist der Kranke ziemlich rasch seinen Leiden erlegen. Derartige Zufälligkeiten mögen bei manchen Medikamenten ein gewisses Renommée hervorgerufen haben.

Ein auf einem Naevus am Rücken entwickeltes Carcinom, von Thomson-Brüssel. Bei einem 68jährigen Manne entwickelte sich auf der Basis eines Naevus nach Verschwärung desselben ein Carcinom, das mit Erfog operiert wurde.

Keratosis pilaris, von demselben. Bei der 32jährigen Patientin hatte die Affektion 7 Jahre bestanden und zeigte in Bezug auf Lokalisation, Fehlen von Xerodermie und Entwickelung von Wucherungen einige Abweichungen von dem gewöhnlichen Bilde.

Ossifizierende syphilitische Periostose, Vorführung von Radiogrammen, von L. Dekeyser-Brüssel. Die vorgezeigten Röntgenbilder demonstrierten sehr klar einen Ossifikationsprozefs bei einer syphilitischen Periostitis der Ulna. Die zweite Aufnahme, welche etwa einen Monat später als die erste erfolgt war, zeigte eine wesentliche Verdichtung des betroffenen Gebietes und Entwickelung von knöchernen Bälkchen.

Bemerkung zu dem abnormen Fall von Syringomyelie mit einer wahrscheinlich syphilitischen Ätiologie, von L. Dekeyser-Brüssel. Der Patient ist vor 1½ Monaten aus dem Krankenhause entlassen, erlitt aber bald nachher einen heftigen Krampfanfall im rechten Bein, an den sich alsbald eine Schwellung am Sprunggelenk anschlofs. Die Röntgen-Untersuchung ergab Intaktheit des Inneren des Gelenkes und knöcherne Auftreibung der Tibia und Fibula an ihren unteren Enden.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Fachzeitschriften.

Russische Zeitschrift für Dermatologie und venerische Krankheiten.

Herausgegeben von Prof. Selenew.

Band I. Heft 8.

I, 1. **Ein Fall von Dystrophie papillaire et pigmentaire (Acanthosis nigricans)**, von P. Pawlow. (Mit 1 Tafel.) Die Entstehung der Krankheit bei einem Soldaten führt Verfasser auf ein schweres, die Magengegend betreffendes Trauma zurück, das vor zehn Jahren bestand. Sieben Jahre später entwickelten sich langsam

die ersten Erscheinungen, die nach drei Jahren das typische klinische und histologische Bild dieser Krankheit zeitigten. Auf Grund der Magensaftuntersuchung vermutet Verfasser beim Patienten eine krebsartige Neubildung in der Nähe des Magens, die nach ihm mit dem erwähnten Trauma zusammenhängen muſs.

2. **Über Pityriasis rubra** (HEBRA), von M. TSCHLENOW. (Fortsetzung folgt.)

3. **Alopecia areata als eine Trophoneurose der Haut**, von W. TER-GRIGORIANZ. (Fortsetzung folgt.)

II, 1. **Zur Immunität der Tiere gegen den Bacillus des weichen Schankers**, von J. HIMMEL. (Fortsetzung folgt.)

2. **Ein Fall des sogenannten „Pemphigus syphiliticus adultorum"**, von A. LEBEDEW. Diese Varietät des tuberkulo-pustulösen Syphilides zeichnet sich, wie die Syphilide überhaupt, durch ihren Polymorphismus aus, was sie differentialdiagnostisch genügend vom wahren Pemphigus unterscheidet (abgesehen vom Verlauf und therapeutischen Rückschlüssen). Sie kann, wie selten sie auch ist, zu allen Zeiten der kondylomatösen Periode auftreten. Nach der Resorption unter Quecksilberkuren hinterläſst sie keine sichtbaren Spuren.

III, 1. **Einige Fälle von idiopathischer Spermatorrhoe**, von S. SOWINSKY. Samenverluste bei jungen Leuten, die nie onanierten noch in venere excedierten, müssen als idiopathisch angesehen werden, wenn sie nicht zum eigentlichen Typus der postblennorrhoischen oder zu jenen der Miktions- und Defäkationsspermatorrhoe gehören. Funktionelle Störungen des Nervensystems gehen ihnen zumeist nie voraus; finden sich solche vor, so sind sie eher Folgen der Beunruhigung, die das Entdecken der Spermatorrhoe solchen Patienten verursacht. Verfasser teilt drei eigene Beobachtungen mit.

Band I. Heft 9.

I, 1. **Über Pityriasis rubra** (HEBRA), von M. TSCHLENOW. (Fortsetzung folgt.)

2. **Alopecia areata als eine Trophoneurose der Haut**, von W. TER-GRIGORIANZ.

II, 1. **Zur Immunität der Tiere gegen den Bacillus des weichen Schankers**, von J. HIMMEL. Im allgemeinen sind die DUCREY-UNNA-KREFFTINGschen Bacillen für die Versuchstiere beinahe gar nicht virulent. Mit Hilfe der Milchsäure oder des Antialexins ist es dem Verfasser im METSCHNIKOWschen Laboratorium gelungen, die Virulenz für die Meerschweinchen derart zu steigern, daſs diese 16—24 Stunden nach der Injektion der Kulturen starben. Die Ursache dieser Erscheinung ist, daſs das Antialexin, indem es die Leuko- und Phagocytose hemmt und die Agglutination verhindert, die Immunität des Tieres schwächt. — Im übrigen hat sich als ein guter Nährboden für Schankerbacillen das bis 55° langsam erhitzte Blut erwiesen, auf denen sich Kulturen derselben schon nach 6—8 Stunden entwickeln.

III, 1. **Die Bakteriurie der Kinder**, von J. POSCHARISKY. In vier Fällen plötzlichen Todes fand Verfasser nicht nur im Smegma, sondern auch im Harn säurefeste, nach BAUMGARTENS Methode (Fuchsin-Anilinwasser-Methylenfärbung) gut färbbare Bacillen als kleinere und gröſsere Haufen. Aber auch im Gewebe der Harnblase, der Ureteren, der Darmwand, des Herzens und der Milz fand er ähnliche Bacillen. Da die vorgefundenen Formen nicht identisch waren, nimmt Verfasser hier einen polymorphen Organismus an (?). (Diese Beobachtungen erfordern eine kritische Nachprüfung. Ref.)

Band I. Heft 10.

I, 1. **Über Pityriasis rubra** (HEBRA), von M. TSCHLENOW. (Fortsetzung folgt.)

2. **Alopecia areata als eine Trophoneurose der Haut**, von W. TER-GRIGORIANZ. (Fortsetzung folgt.)

II, 1. **Die pathologische Anatomie der Primärperiode der Syphilis,** von Th. Omelschenko. Verfasser hat in dankenswerter Weise die sämtlichen Organe eines sonst gesunden Selbstmörders, der eine Sklerose hatte und im Beginn der zweiten Inkubationsperiode stand, auf mikroskopisch-pathologische Veränderungen untersucht. Im Herzmuskel fanden sich die Erscheinungen der Fragmentation und Segmentation der Muskelfasern; an den Gefäßen Anfänge der periarteriitischen Prozesse; in den regionären Lymphdrüsen Proliferation und fettige Degeneration der Lymphocyten; in der Leber gleichfalls fettige Degeneration der Leberzellen; in den Hoden auch ähnliche Veränderungen. Im Centralnervensystem und den Nieren fand Verfasser weniger durchgreifende Veränderungen.

III, 1. **Resultate der bakteriologischen Sekretuntersuchungen bei den Prostituierten in Dorpat,** von C. Strömberg. (Fortsetzung folgt.)

Band I. Heft 11.

I, 1. **Über Pityriasis rubra (Hebra),** von M. Tschlenow. (Schluß folgt.)

2. **Alopecia areata als eine Trophoneurose der Haut,** von W. Ter-Grigorianz. (Schluß folgt.)

II, 1. **Die syphilitische Familie und ihre Descendenz.** Eine biologische Studie, von W. Tarnowsky. (Fortsetzung folgt.)

III, 1. **Resultate der bakteriologischen Sekretuntersuchungen bei den Prostituierten in Dorpat,** von C. Strömberg. (Schluß folgt.)

Band I. Heft 12.

I, 1. **Über Pityriasis rubra (Hebra),** von M. Tschlenow. Das klinische Bild dieser Krankheit ist seit Hebras Zeiten etwas erweitert und ergänzt, zum Teil auch verschoben worden; im großen und ganzen entspricht aber dasselbe doch noch der ursprünglichen Schilderung Hebras. Die zur Ätiologie des Leidens vorgeschlagenen Theorien sind alle nicht beweisend. Die wahrscheinlichste, immerhin hypothetische Ätiologie ist die toxische. Bezüglich der im allgemeinen nicht günstigen Prognose, vertritt Verfasser die Ansicht, daß dieselbe im Gegensatz zu Hebras Ansicht nicht absolut infaust sei. Die Therapie bleibt immer noch rein symptomatisch und daher meistens erfolglos. Den histologischen Prozeß führt der Verfasser auf primäre Epithelveränderungen zurück mit sekundären entzündlichen Erscheinungen im Cutisgewebe, welche nach längerem Bestande der Krankheit zur vollständigen Hautatrophie führen. Bezüglich der Verwandtschaft der Pityriasis rubra mit sonstigen chronisch-exfoliativen Formen, die besonders von den französischen Autoren beschrieben worden sind, steht Verfasser auf dem Standpunkt, daß die Pityriasis rubra Hebra eine in sich geschlossene, scharf ausgeprägte Morphe sei, die mit jenen nicht zusammengeworfen werden soll. Daher bringt er Brocqs und Besniers Versuchen, eine große Gruppe der „Erythrodermies exfoliatives" und der „Pityriasis rubra" im allgemeinen aufzustellen, keine Sympathie entgegen. Im speziellen läßt er die Existenz eines besonderen klinischen Bildes der Dermatitis exfoliativa subacuta Brocq-Wilson wohl gelten, aber nur als eine Krankheit sui generis, während für die Dermatitis exfoliativa chronica keine zwingenden Beweise erbracht seien. Was das „Érythème scarlatiniforme récidivant" anlangt, so ist es ganz analog den sogenannten „medikamentösen" Eruptionen und muß noch genauer studiert werden. — Die Arbeit des Verfassers kann als eine gute Monographie zum gründlichen Studium nur empfohlen werden.

2. **Alopecia areata als eine Trophoneurose der Haut,** von W. Ter-Grigorianz. Eine sehr fleißige, auf gründliches Litteraturstudium und zahlreiche Tierexperimente aufgebaute Arbeit, die als Ergänzung und Erweiterung der bekannten Josephschen

Arbeit angesehen werden kann. Verfasser ist ein Gegner der parasitären Theorie der Alopecia areata, die er als eine selbständige, klinisch scharf charakterisierbare Krankheitsform auffasst, deren Pathogenie in den Hautnerven zu suchen sei. Die trophoneurotische Thätigkeit der die Haut und die Haare versorgenden Nerven erleidet dabei eingreifende Veränderungen, während der pathologisch-anatomische Befund der Haut nichts Spezifisches für die Affektion aufweist, höchstens nur Atrophie derselben und ihrer Anhängsel. Da die Existenz von besonderen trophischen Nerven bis jetzt nicht nachgewiesen ist, muſs der Sitz der Alterationen vorerst in den sensiblen Nerven vermutet werden. Jedenfalls kann aber als bewiesen angenommen werden, daſs bei den Tieren das trophische Centrum für die Haut der Halsregion im zweiten Intervertebralganglion liegt. Eine Reihe von photographischen Bildern von Patienten, operierten Tieren, mikroskopischen Präparaten und schematischen Zeichnungen illustrieren die neurotische Theorie des Verfassers.

II, 1. **Die syphilitische Familie und ihre Descendenz**, von W. Tarnowsky. (Fortsetzung folgt.)

III, 1. **Resultate der bakteriologischen Sekretuntersuchungen bei den Prostituierten in Dorpat**, von C. Strömberg. (Mit Tabellen.) Verfasser empfiehlt die von ihm geübte Tallmannsche Methode des Anlegens von Gonokokkenkultur auf Agar, als die einzige sichere und einfache diagnostische Methode. Bezeichnend ist das Ergebnis, daſs alle Prostituierten von Dorpat ohne Ausnahme, trotzdem manche weder klinisch noch mikroskopisch krank waren, sich unter Zuhilfenahme dieser Methode als chronisch blennorrhoisch erwiesen haben. Der Verfasser hält die Durchführung dieser diagnostischen Methode auch in den bescheidensten Ambulatorien für gut möglich. (Zu welchem praktischen Zweck denn? fragt Ref. angesichts dieses traurigen Resultates.)

Band II. Heft 1.

I, 1. **Über die Veränderungen des Blutes bei Lepra**, von M. Smirjagin. Die Untersuchungen wurden bei 19 Leprakranken vorgenommen. Schon in den Initialstadien und in den leichten Fällen finden sich die Veränderungen — die verminderte Hämoglobinmengen (60—72%) bei sonst normaler Menge der roten und weiſsen Körperchen — angedeutet. Bei schweren Fällen weicht schon die Zahl der Formelemente und natürlich auch die Hämoglobinmenge beträchtlich von der Norm ab. Auſserdem ist die fortschreitende Entwickelung der jungen in Degenerationsformen hier sehr verlangsamt. Ferner finden sich viel Mikrocyten und einkernige Eosinophilen vor — lauter Veränderungen, welche auf die starke Beteiligung des Blutes am Krankheitsprozeſs schlieſsen lassen.

2. **Über Plasmazellen**, von J. Himmel. (Fortsetzung folgt.)

II, 1. **Die syphilitische Familie und ihre Descendenz**, von W. Tarnowsky. (Fortsetzung.) Die wichtige Arbeit des verdienten Syphilidologen läſst sich folgendermaſsen kurz resumieren. Die Formen der Heredität sind: die manifeste hereditäre S., die Dystrophie und die hereditäre Immunität. Bei den Kindern (zweite Generation) der Eltern mit acquirierter Syphilis (erste Generation) sind die Manifestationen entsprechend stärker ausgesprochen (totgeborene und lebende Früchte mit manifesten oder dystrophischen Zeichen der Krankheit oder ohne solche), während die hereditäre Immunität (Profetas Gesetz) bei der zweiten Generation nur temporär ist. Die Heredität schwächt sich bei der dritten Generation wesentlich ab, sowohl bezüglich der Aborte, Totgeburten und lebensschwacher Früchte, die ohne syphilitische Manifestationen sind, als auch bezüglich der Dystrophien und ihrer Schwere. Die acquirierte Syphilis der ersten Generation überträgt sich also nicht auf die dritte Generation als eine gewöhnliche hereditäre Syphilis. Auch hat diese keine ererbte Immunität

gegen die Krankheit mehr. Die Eltern, welche auch manifeste aber tardive hereditäre Syphilis zur Konzeptionszeit aufweisen, vererben diese doch nicht auf ihre Kinder. Das Überspringen einer Generation, so daſs die Kinder anscheinend gesund geblieben, die Enkel dagegen hereditär-syphilitisch geworden sind, ist undenkbar. Nur in Dystrophien macht sich der Einfluſs der zweiten Generation auf die dritte geltend, wobei kein Parallelismus zwischen der Schwere der ursprünglichen Erscheinungen bei Groſseltern und Eltern und der Schwere der Dystrophie bei Enkeln beobachtet wird. Dagegen wächst die dystrophische Wirkung der zweiten Generation auf die Nachkommen mit ihrem allgemeinen Entartungszustand. — Die Heilung der Syphilis garantiert noch keine gesunde Procreationsfähigkeit. Hat aber die zweite Generation keine Dystrophien und sonstige Entartung, so ist eine gesunde Nachkommenschaft in der dritten doch zu erwarten. Sind Dystrophien in der zweiten und der dritten Generation vorhanden, so brauchen sie durchaus nicht gleicher Art zu sein. — Wahre hereditäre Syphilis kann man wohl auch in der dritten Generation antreffen, nur aber wenn die zweite nach dem Verlust ihrer Immunität eine neue Syphilisinfektion acquiriert hat (Verdoppelung der Syphilis: Syphilis binaria). Ebenfalls, wenn die nichtsyphilitischen Glieder zweiter Generation sich mit syphilitisch neu Infizierten verheiraten, kann die dritte Generation wieder hereditär-syphilitisch werden. Wenn die Syphilis binaria mitunter als Syphilis binaria abortiva, levis et atypica etwas vom gewöhnlichen Typus der Syphilis abweicht, so ist sie im übrigen in nichts von ihr verschieden. Die deletäre Wirkung der Syphilis binaria auf die dritte Generation übertrifft die der hereditären auf die zweite. Das äuſsert sich in der Vermehrung der Aborte, Totgeburten, lebensschwachen und syphilitischen Früchte und in der Schwere der Dystrophien. Anatomische wie funktionelle sexuelle Dystrophien bedingen in der zweiten und dritten Generation Abnahme der Procreationskraft überhaupt und als die Hauptursache des Aussterbens von Familien bei endemischer Syphilis ist gerade die Syphilis binaria anzusehen. — Wir haben aber keinen Grund anzunehmen, daſs mit der fortschreitenden Syphilisation der Bevölkerung der Charakter der Krankheit abgeschwächt wird. — Es bleibt bei der endemischen Syphilis die Person selbst weniger durch sie gefährdet, als die ganze Gattung, wie aus den obigen Thesen indirekt folgt.

III, 1. **Der Einfluſs der Blennorrhoe auf das Nervensystem**, von J. Selenew. Verfasser sucht den Nachweis zu führen, daſs die bei Blennorrhoe beobachteten sehr verschiedenartigen Störungen des Nervensystems durchaus nicht immer reflektorischer Natur sind, sondern zum Teil auch materiellen Veränderungen der Nervensubstanz ihre Entstehung verdanken. Hat man ja doch Gonokokken im Nervengewebe schon gefunden.

Band II. Heft 2.

I, 1. **Über Plasmazellen**, von J. Hemmel. (Schluſs folgt.)

2. **Sarcoma cutis idiopathicum Kaposi**, von W. Kudisch. Der 47jährige Kranke hatte an den Füſsen und Händen Knoten von lividroter Farbe, glatter Oberfläche und elastischer Konsistenz, die zum Teil einzeln, zum Teil in Gruppen verteilt waren und nach einiger Zeit von neuen knotigen Eruptionen am Stamm und den Armen gefolgt waren. Die Differentialdiagnose von den tertiären Syphiliden war nicht zu schwierig, schon angesichts des äuſserst langsamen Krankheitsverlaufes. Die Lymphodermie konnte ausgeschlossen werden, weil die Leukocyten absolut und relativ normale quantitative Verhältnisse aufwiesen. Die Mykosis fungoides kam nicht in Betracht wegen des Fehlens des prämykotischen Stadiums, der Lokalisation der Knoten, ihrer Farbe und Struktur. Wie immer in analogen Fällen, so auch hier zeigte das histologische Bild weniger typisches sarkomatöses Gewebe, als Charaktere eines chronisch-

entzündlichen Granulationsprozesses, weswegen die Bezeichnung „Sarcoid“ als berechtigt anzusehen ist. Die Leberschwellung, ikterische Hautfarbe und häufige Diarrhöen liefsen beim Patienten den Verdacht auf metastatische Knoten im Darm und in der Leber aufkommen. Die Therapie beschränkte sich lediglich auf tonisierende Mittel und die Hebung der Ernährung.

II, 1. **Die syphilitische Familie und ihre Descendenz**, von W. Tarnowsky. (Fortsetzung.) Kasuistische Belege zu den oben (Heft 1) aufgestellten Thesen.

2. **Die Radiographie in ihrer Verwertung für die Diagnose der Knochensyphilis**, von A. Pospelow. (Mit Abbildungen in Heft 3.) Fünf Fälle von versteckter gummöser Knochensyphilis (Osteomyelitis gummosa femoris, kongenitale Knochenlues des Vorderarmes, Osteoperiostitis gummosa antibrachii, Ostitis und Osteoporosis specifica manus), die durch Röntgen eine feste Diagnose gefunden haben, die auch durch die antiluetische erfolgreiche Behandlung glänzend bestätigt wurde.

III, 1. **Über die blennorrhoische Prostatitis**, von M. Tschernow. Die etwas flüchtige und oberflächliche Übersicht bringt nichts Neues.

Band II. Heft 3.

I, 1. **Die Bedeutung der russischen Dampfbäder im Kampfe gegen die ansteckenden Hautkrankheiten**, von O. Petersen. Bei dem Aufschwung, welchen der Gedanke der Volksbäder, dank kräftiger Initiative Lassars, in Deutschland genommen hat, gewinnen die Klagen des bekannten russischen Dermatologen über die Unzulänglichkeit der Volksbäder in Rufsland viel an Interesse. Man beachte nur, dafs nicht weniger als zwei Millionen (!) Scabiesfälle jährlich in Rufsland registriert werden und man wird begreifen, was für ein grofses Feld ein gutes Badewesen in Rufsland noch hat. Leider reichen die bestehenden Bäder nicht im entferntesten für das vorhandene Bedürfnis aus, was sich schon aus der geringen Verbreitung eines geregelten Wasserleitungswesens in den meisten Städten des Landes erklärt. So wird das segensreiche Bad infolge des Wassermangels und des Schmutzes erst recht zu einem gefährlichen Faktor bei der Verschleppung der Ansteckung. Verfasser unterbreitet den kompetenten Instanzen seine diesbezüglichen Vorschläge.

II, 1. **Die syphilitische Familie und ihre Descendenz**, von W. Tarnowsky. (Schlufs.) Fortsetzung der vom Verfasser mitgeteilten ausführlichen Beobachtungsreihen — im ganzen 120.

2. **Über die Statistik der venerischen Krankheiten unter den Studenten**, von W. Favre. Einige Vorschläge zu einer rationellen Durchführung einer solchen Statistik.

III, 1. **Über ein nicht blennorrhoisches Infiltrat der Pars cavernosa urethrae.** Kasuistischer Beitrag, von M. Tschernow. Fortgesetzte Stauungshyperämien infolge lange getriebener Masturbation und langdauernder erotischer Erregungen ohne nachfolgenden Coitus sollen hier harte Infiltrate in der Pars anterior herbeigeführt haben. *A. Sack-Heidelberg.*

Centralblatt für die Krankheiten der Harn- und Sexualorgane.

Band XIII, Heft 6—9.

Die endourethrale kaustische Excision der Prostata, von Schlagintweit. Um besseren Erfolg mit der Bottinischen Operation zu erzielen, versuchte Verfasser, ein Instrument zu konstruieren, mit dem der zwischen zwei Schnitten liegende Teil der Drüsenmasse zu entfernen sei; er hat das Instrument bisher (Sudeck in Hamburg hatte eine ähnliche Idee) nur an Leichen versucht. Das Prinzip des Instruments ist

ein glühender Draht, der in der Konkavität eines katheterförmigen Instruments wie eine Bogensehne hervortritt, in das Gewebe einschneidet und nun bei Drehung des Rohres ein kegelartiges Stück Prostatagewebe herausschneidet.

Über die Ausscheidung der in die arterielle Blutbahn injizierten Bakterien durch die Niere, von Paul Asch.

Über die idiopathische Entzündung des Zellgewebes des Cavum Retzii, von Hassler. Verfasser beschreibt zunächst einen Fall von pericystitischem Abscefs, der sich unter den Bauchdecken hinter der Symphyse im Anschlufs an eine Bottinische Kauterisation der Prostata entwickelt hatte, und der nach Operation mit Heilung endete. Er kommt auf Grund seiner Untersuchungen zu den Schlüssen, dafs es eine idiopathische Entzündung im Cavum Retzii als Krankheit sui generis nicht giebt; die Mehrzahl der als solche publizierten Fälle sind höchstwahrscheinlich konsekutive Entzündungen, ausgehend von einer latenten Erkrankung des Urogenitalsystems, wobei die Blennorrhoe eine nicht unbedeutende Rolle spielt; bei einem kleineren Teil der idiopathischen Entzündungen handelt es sich um eine Infektion eines submuskulären Hämatoms, ein solcher Blutergufs kann aufser durch Traumen auch durch starke Hustenanfälle entstehen und wird durch Degeneration der Gefäfswände befördert.

Die Katheterisierung, von Goldberg. In einer sehr ausführlichen und sorgfältigen Arbeit kommt Verfasser zu folgenden Schlüssen:

Bei den Experimenten kommt es darauf an, die Infizierung der Katheter so vorzunehmen, dafs eine innige und reichliche Durchseuchung an allen Stellen gewährleistet ist; am besten ist es, die Katheter in wachsende Kulturen längere Zeit einzulegen; blofses Eintauchen ist unzulässig. Bleibt ein Nährboden nach blofsem Eintauchen eines Katheters steril, so beweist das nicht, dafs der Katheter steril war; desgleichen läfst sich aus der Sterilität eines Stückchens nicht auf die Sterilität des ganzen Katheters schliefsen. Durch flüssige Antiseptica lassen sich Katheter nicht in der Zeit sterilisieren, welche sie darin zubringen können, ohne unbrauchbar zu werden. Weite Katheter lassen sich durch 24stündige Einwirkung von Formaldehyddämpfen bei 17° sterilisieren. Durch strömenden Wasserdampf von 100° sind Katheter jeder Art sicher zu sterilisieren. Spezialapparate sind entbehrlich; es ist zuverlässiger, die Katheter in den Dampfraum frei einzuhängen, statt sie in besonderen Katheterrohren unterzubringen. Am einfachsten erreicht man sichere Sterilisation durch Auskochen in Wasser während 5—10 Minuten in überkatheterlangem Gefäfs; gebrauchte Katheter sind unmittelbar nach dem Gebrauch mit heifsem Seifenwasser innen und aufsen sorgfältig zu reinigen.

Berichtigung, von Schlagintweit. Die Priorität des verbesserten Kathetercystoskops (nach Herausziehen des optischen Teils einen Spülkanal frei zu machen) gebührt nach Sch. nicht Gütebock, sondern ebenfalls Nitze, dessen allererste Cystoskope bereits diese Einrichtung hatten.

Die perineale Prostatektomie bei Hypertrophie der Vorsteherdrüse, von Verhoogen. Verfasser hat drei Fälle von schwerer Hypertrophie der Prostata mit Prostatektomie vom Damme aus behandelt und ist mit den Erfolgen sehr zufrieden; die Patienten konnten nach der Operation den Urin gut halten, urinierten in angemessenen Pausen und entleerten die Blase vollständig. Die Operation bietet keine besonderen Schwierigkeiten, da man sich nach grofsem Hautschnitt die Hinterfläche der Prostata gut ins Gesichtsfeld bringen kann und mit Schere und Pincette das hypertrophische Gewebe ohne allzustarke Blutung stückweise verhältnismäfsig leicht entleeren kann. Verfasser will die Operation vorläufig für die schweren Fälle von Prostatahypertrophie reserviert wissen, wo das Selbstkatheterisieren den Patienten zu schmerzhaft oder unmöglich ist.

Prüfung der Urethroskope mittelst der Endophotographie, von J. Cohn. Nachdem Verfasser an Vorversuchen festgestellt hatte, dafs das Caspersche, Nitze-Oberlaendersche und Valentinesche Endoskop genug Licht geben, um die photographische Platte zu beeinflussen, machten sie Versuche mit Photographie des Harnröhreninnern, bei denen ihrer Ansicht nach das Nitze-Oberlaendersche Urethroskop vorläufig die besten Resultate ergab.

Ein Sterilisationsapparat für die urologische Sprechstunde, von Goldschmidt. Der von Louis & H. Loewenstein hergestellte Apparat besteht aus einem Cylinder, in dem wenig Wasser zum Kochen gebracht wird; oben befindet sich eine Öffnung, in die der Spüldehner bis zur Glocke hineingesteckt wird, so dafs nur der wirklich dehnende Teil mit den Wasserdämpfen in Berührung kommt.

F. Hahn-Bremen.

Annales de thérapeutique dermatologique et syphiligraphique.

Band II. No. 4. 1902.

Die Behandlung der Syphilis mittelst subcutaner Injektionen von Quecksilberbenzoat, von Ed. Desesquelle. (Fortsetzung.) Die physiologischen und therapeutischen Wirkungen sind im allgemeinen ähnlich wie bei anderen Hg-Salzen, doch wird für das Benzoat in ammoniakalischer Lösung eine ganz besondere Feinheit der Verteilung vindiziert, schnelle Resorbierbarkeit und bei den empfohlenen Dosen völlige Ungiftigkeit. Damit verbindet sich ferner die Eigenschaft, mit Blutserum keinerlei Niederschlag zu bilden. Die Verabreichung geschieht gewöhnlich in Gaben von 2 ccm der oben angegebenen Lösung pro die, doch ist man auch bis zu 5 ccm (= 0,05 Hg-Benzoat) vorgegangen. Nötigenfalls setzt man die Behandlung 2 Monate lang fort. Zur Technik der Injektion ist zu bemerken, dafs die Prädilektionsstellen die Nates (an der Fovea retro-trochanterica oder am Gallioteschen Punkte) oder die Lendengegend darstellen. Man verwendet zweckmäfsig eine Platin-Iridiumnadel und eine vollständig aus Glas hergestellte Spritze.

Nach den Erfahrungen des Verfassers giebt diese Methode sehr gute Resultate und ist in vielerlei Beziehung den anderen Behandlungsarten überlegen. (Forts. folgt.)

No. 6.

Die Beziehungen zwischen Hautkrankheiten und den Gröfsenverhältnissen des Magens. — Über die Notwendigkeit, zu gleicher Zeit sowohl die Hautaffektionen lokal als auch die begleitenden Magenstörungen zu behandeln, von L. Butte-Paris. Zur weiteren Beleuchtung dieser Frage hat B. zunächst an Gesunden die normale Gröfse des Magens mittelst des Phonendoskops und durch direkte Perkussion festzustellen gesucht. Er bestimmte die horizontale Ausdehnung zu 9,5 bis 11 cm und die vertikale zu 8,5 bis 10 cm. Bei einer gröfseren Reihe von Fällen mit Ekzem, Herpes, Urticaria, Alopecia areata konstatierte er alsdann eine ziemlich erhebliche Erweiterung dieser Maafse, welche im Laufe der Beobachtung gleichzeitig mit der Besserung des Hautleidens sehr präzise sich zurückbildete. Bei Psoriasis dagegen und Ekzema seborrhoicum konnte er ein derartiges Handinhandgehen nicht konstatieren. In therapeutischer Hinsicht legt B. am meisten Wert dem Naphtol bei im Verein mit Nux vomica oder mit Natrium bicarbonicum. Er verordnet vor jeder Mahlzeit, von denen er nur zwei pro Tag, eine um 10 Uhr vormittags und eine um 7 Uhr abends gestattet, eine dem jeweiligen Falle angemessene Dosis in Kapseln zu nehmen. Aufserdem läfst er jeden Morgen einen Kaltwasserumschlag auf den Magen legen.

No. 7.

Harter Schanker am Innenwinkel der Augenlider. Diagnose und Behandlung, von GIBERT. Bei der Lokalisation am Augenlide fehlt dem Primärsyphilid meistens, wenn nicht immer, die Ulceration. Dieser Umstand machte auch bei den beiden von G. hier mitgeteilten Fällen die Diagnose schwierig. Bei beiden saſs die Affektion auf der Übergangsstelle von Haut zur Schleimhaut am unteren Augenlide und hatte zu enormen Drüsenschwellungen geführt. Verfasser bespricht die differentialdiagnostischen Merkmale, indem er mit dem Hordeolum anfängt. (Fortsetzung folgt.)

Ein Korrigens bei Injektionen von Quecksilber und Jod, von BARTONNEAU (Apotheker). Zur Verhütung sowohl wie zur Beseitigung von Hydrargyrismus und Jodismus empfiehlt B. das Benzoatammoniak. Man giebt dasselbe in Kapseln oder in Tabletten zu 0,25, von denen man 4 bis 8 pro Tag nehmen läſst. Über klinische Erfahrungen mit dem Mittel berichtet Verfasser nicht.

No. 8.

Harter Schanker am Innenwinkel der Augenlider. Diagnose und Behandlung, von GIBERT. (Schluſs.) Verfasser bespricht die Differentialdiagnose gegenüber Dakryocystitis, Pustula maligna, Rotz und Erysipel und giebt einige therapeutische Anweisungen.

Physiologische und therapeutische Wirkung des Guako. — Behandlung der pruriginösen Hautaffektionen (Besprechung einer von BUTTE der Académie de medecine am 8. IV. 1902 vorgelegten Mitteilung), von C. F. Diese auf den Hochebenen von Mexiko einheimische Pflanze gehört zu der Familie der Aristolochieen und gilt bei den Eingeborenen als ein Specificum gegen giftige Schlangenbisse. Nach BUTTES Beobachtungen hat das Guako namentlich eine Wirkung auf den Verdauungskanal und andererseits auf das Nervensystem. Es dient als Emeticum und als Cathartioum, andererseits besitzt es analgetische Eigenschaften. In Bezug auf Dermatosen erschien es besonders durch seine antipruriginöse Wirkung bei interner und externer Anwendung wertvoll, so bei Ekzem, bei allgemeinem Pruritus, bei Pruritus vulvoanalis und HEBRAscher Prurigo. Man verwendet es in Form von Umschlägen mit dem alkalischen Dekokt oder als Puder.

No. 9.

Über „Dourine" (Beschälkrankheit), von MOUQUET (Tierarzt). Diese Krankheit, welche wiederholt in epidemischer Häufung beobachtet worden ist, hat man namentlich an Pferden, aber auch an Eseln zu studieren Gelegenheit gehabt. Die ersten Berichte darüber lieferten hannöversche Roſsärzte in den Jahren 1816—1820. Auſser den obigen Bezeichnungen giebt es noch mehrere Synonyma für die Affektion: venerische Pferdekrankheit, französische Krankheit, schleichende Nervenkrankheit und Syphilis equina. Nach den Untersuchungen von SCHNEIDER und BUFFARD u. a. ist das Leiden durch einen Parasiten vom Genus Trypanosomum bedingt; jedenfalls ist ein Zusammenhang mit menschlicher Syphilis ganz und gar nicht erwiesen. Das klinische Bild zerfällt in drei Perioden: die erste, die der Odeme oder der entzündlichen Lokalaffektionen; das Präputium ist in erster Linie affiziert, aber auch die angrenzenden Teile, und es ist namentlich bemerkenswert, daſs die Schwellung zeitweilig verschwinden und sich wieder einstellen kann. Bei den weiblichen Tieren besteht dementsprechend eine Entzündung der Vaginalschleimhaut mit Absonderung einer anfangs klaren, späterhin klebrigen, gelblichen Flüssigkeit. In der zweiten Periode entstehen rundliche Verhärtungen in resp. unter der Haut, Plaques, welche den Eindruck erzeugen, als sei eine Metallscheibe unter die Haut geschoben. Diese

Erscheinung gilt als pathognomonisch für die Krankheit. Gleichzeitig verschlimmert sich der Allgemeinzustand ganz wesentlich. Hierauf folgt als drittes Stadium das der Kachexie und Paraplegie, das in etwa 3 bis 4 Wochen zum Tode führt.

In ätiologischer Beziehung scheint die Bedeutung des als Trypanosom der Dourine beschriebenen Parasiten gesichert zu sein. Derselbe hat eine Länge von 20—30 μ und eine Dicke von 1,5—2 μ, ist aufserordentlich beweglich, hält sich nachweislich im Blute auf und zerstört die Blutkörperchen in recht erheblichem Mafse. Am zahlreichsten findet man ihn an den als Plaques beschriebenen Stellen. Aufser Pferden und Eseln sind auch Hunde, Kaninchen, Ratten und Mäuse dafür empfänglich.

Von den therapeutischen Hülfsmitteln ist keines als Spezifikum zu bezeichnen, doch empfiehlt sich ein Versuch mit Chinin und mit Arsenik.

No. 10.

Die Behandlung der Syphilis mittelst subcutaner Einspritzungen von Hg-Benzoat, von B. Desesquelle. (Fortsetzung.) Die durch das Hg-Benzoat bedingten Beschwerden oder Nachteile sind im allgemeinen nicht von grofsem Belang. Den kleinen Schmerz, den das Einstechen verursacht, teilen diese Injektionen natürlich mit den anderen Einspritzungen. Daneben jedoch bewirken sie gelegentlich eine unliebsame Erscheinung in Gestalt von kleinen Geschwülsten oder Knötchen an der Einstichstelle, wodurch man gezwungen sein kann, die Medikation eine zeitlang auszusetzen. Diese Zwischenfälle sind aber nach D.s Erfahrungen niemals so erheblich, dafs sie dem Wert der Methode irgend einen wesentlichen Abbruch thun könnten. (Fortsetzung folgt.)

No. 11.

Die Entstehung von Hautläsionen durch Arnikatinktur, von B. Desmous-Paris. Verfasser warnt energisch vor der Verwendung dieses Mittels zu Umschlägen bei allen Kontusionen und sonstigen Verletzungen. Er führt folgende drei Beispiele von dessen nachteiliger Wirkung an:

I. Ein Installateur hatte wegen einer bei einem Sturz vom Gerüste entstandenen Verletzung am Abdomen zwei Tage lang Kompressen mit Wasser und Arnikatinktur gemacht. Alsdann klagte er über heftiges Brennen und Jucken; die Haut an der betreffenden Stelle war heifs, stark gerötet und mit kleinen Bläschen bedeckt. Es folgten Eiterbildung und Fieber, doch genügten Umschläge mit abgekochtem Wasser und eine Bismutsalbe, um Heilung zu erzielen.

II. Betraf eine Verletzung am Fufse, welche infolge dieser unzweckmäfsigen Behandlung zu einer ausgedehnten Entzündung am Beine führte mit Delirium und dreiwöchigem Krankenlager.

III. Ein 43jähriger Mann gebrauchte einige Tage lang wegen einer Fufsverstauchung Arnikaumschläge, was ein akutes Ekzem des ganzen Beines zur Folge hatte. Heilung erfolgte bei passender Medikation.

No. 12.

Experimentelle Untersuchungen über die physiologische und therapeutische Wirkung von wässerigem Extrakt von Guako, von L. Butte-Paris. Aus dem Stamme hat B. vor einiger Zeit eine harzige Substanz dargestellt, die, in Alkalien löslich, durch Säure gefällt wird und als der wirksame Bestandteil der Pflanze zu betrachten sein dürfte. Im übrigen hat er seine Untersuchungen mit dem wässerigen Extrakt an Hunden und Fröschen ausgeführt, wobei folgendes das wesentlichste Ergebnis war: Es entsteht zunächst ein Stadium der Aufregung, dem Erbrechen und

Diarrhoe folgt und alsdann Somnolenz, Mattigkeit und Paralyse des motorischen Nervensystems. Untersuchungen an Fröschen ergaben 8—10 Minuten nach einer Einspritzung einen vollständigen Verlust der Sensibilität, welcher, wie exakte Versuche beweisen, auf ein Betroffensein des Nervenzentrums zurückzuführen ist. Auch die Muskelsubstanz zeigt post mortem eine Verringerung der Kontraktilität. Die Atmung wird erheblich beschleunigt, oder auch sie bleibt bei Einführung von sehr grofsen Gaben bald völlig stehen. Die Wirkung auf das Herz ist eine sehr präzise. Beim Frosch tritt sofort eine Verminderung in der Zahl und der Intensität der Schläge ein bis zum Stillstand in Diastole; beim Hund sieht man eine bedeutende Vermehrung der Frequenz bei zunehmender Oberflächlichkeit der Kontraktionen und Abnahme des arteriellen Druckes. Alle diese Angaben gelten aber nur für grofse, experimentelle Dosen bei subcutaner oder intravenöser Einführung der Drogue. Die für therapeutische Zwecke dargereichten Mengen sind absolut unschädlich. In dieser Beziehung sind dem Mittel die verschiedensten Eigenschaften und Indikationen zugeschrieben worden. B. hat gute Resultate damit erzielt, namentlich bei den Neuralgien der Influenza, ferner bei manchen Ekzemfällen der trockenen Form, bei Ekzem der Vulva bei Diabetikerinnen, bei Hebrascher Prurigo und Pruritus. Bei allen diesen Affektionen hatte die interne Darreichung eine prompte günstige Wirkung. Von anderer Seite ist das Mittel bei Cholera mit angeblich gutem Erfolg angewandt worden, bei Darreichung als Abkochung, als Tinktur oder als Klysma. Die ersten Versuche damit in Frankreich datieren aber schon 50 Jahre zurück.

No. 13.

Die Ätiologie der Area Celsi; die Zahntheorie von L. Jacquet und seine Lehre von den peladogenen Kulminationon, von A. Chatin. Es ist dies ein Referat über zwei Arbeiten von J., in denen dieser seine Auffassung dargelegt hat, dahingehend, dafs Störungen an den Trigeminusästen eine wesentliche, wenn nicht die wesentlichste Ursache der Alopecie areata (Pelade) sei. Auffallend ist es allerdings, dafs eine überwiegende Majorität der Erkrankungen dieser Art in die Zeit der Zahnentwickelung fallen. So hat J. unter 273 Fällen nicht weniger als 185 auf dieses Alter entfallen sehen. Auch hat man sehr präzise Heilung des Haarleidens eintreten sehen nach Beseitigung einer begleitenden Affektion an den Zähnen oder dem Zahnfleisch. Vor allen Dingen ist aber zu betonen, dafs die Area Celsi eine Dermatose ist, welche durch zahlreiche, verschiedene Ursachen herbeigeführt werden kann.

Massage der Geschwüre, von Munter (nach der *Revue de Cynésie et Revue de thérap. med. chir.* 1902). Verfasser berichtet über seine diesbezüglichen Erfahrungen und schildert sechs so behandelte Fälle. Man verfährt dabei folgendermafsen: Es wird, als wesentlicher Punkt der Behandlung, direkt der Grund der Ulcerationen massiert, indem man nach vorheriger gründlicher Desinfektion sowohl der massierenden Hände als auch des zu massierenden Teiles diesen je nach der Beschaffenheit mehr oder weniger energisch mit Streichungen bearbeitet. Zugleich wird die Umgebung einer Streichung, Reibung und Walkung (Effleurage, Frictions, Petrissage) unterzogen mit eingesalbten Fingern. Die ganze Sitzung soll nicht mehr als 10 Minuten dauern. Die Wirkung soll eine sehr gute sein, namentlich werden Schmerzen günstig beeinflufst. Die Patienten brauchen während der Behandlung nicht zu liegen.

No. 14.

Behandlung der Syphilis mit subcutanen Injektionen von Hg-Benzoat, von Ed. Desesquelle. (Schlufs.) Die Indikationen für diese Einspritzungen sind gegeben 1. bei Intoleranz des Magens für innerliche Darreichung; 2. bei der Notwendig-

keit, schnell zu handeln; 3. bei Beteiligung des Nervensystems; 4. bei Rezidiven oder beim Versagen anderer Behandlungsmethoden. Zum Schluſs ist ein kleines Litteraturverzeichnis beigefügt.

No. 16.

Die Bartholinitis und ihre Behandlung, von Jullien-Paris (nach der *Gaz. des Hôpit.* 26. VI. 1902.) Nach einer eingehenden Beschreibung der anatomischen Verhältnisse schildert Verfasser die klinischen Erscheinungen der akuten und chronischen, blennorrhoischen und einfachen Bartholinitis, wobei er noch einen Fall von direkter Infektion der Drüse ohne vorheriges Ergriffensein der Scheide und der sonstigen Genitalorgane erwähnt. In therapeutischer Hinsicht bevorzugt er die sklerosierende Methode mit Zinkchlorid. Man injiziert einige Tropfen, ein Fünftel oder ein Sechstel einer Pravazschen Spritze, von einer 10%igen wässerigen Lösung, indem man in der Richtung auf den Drüsenkörper etwa 1 cm tief einsticht. Nach einigen Wochen ist eine vollständige Sklerosierung eingetreten. Von anderen Mitteln sind empfohlen worden Salicylsäure in gesättigter alkoholischer Lösung, etwa 1/2 ccm, und auch Pikrinsäure. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Lokale Infektionskrankheiten.

b. *der Cutis.*

Über die Behandlung des Erysipels im „roten Zimmer“, von Hermann Krukenberg-Liegnitz. (*Münch. med. Wochenschr.* 1902. No. 13.) Der Verfasser hat im Laufe des letzten Jahres 18 Fälle von Erysipel im „roten Zimmer“ behandelt und dabei den Eindruck gewonnen, daſs der Ausschluſs der chemisch wirksamen Strahlen den Verlauf der Krankheit in auſserordentlich günstiger Weise beeinfluſst. Das Fieber dauerte in 7 Fällen weniger als 1 Tag, in 8 Fällen zwischen 1 und 2 1/2 Tage, in einem Falle 6, in einem 7 Tage. Der Verlauf war stets ein leichter, nur in dem Falle mit sechstägiger Fieberdauer, bei dem übrigens der Abschluſs der chemischen Strahlen kein vollständiger war, traten während der Fieberzeit heftige Kopfschmerzen und nach der Entfieberung starke Mattigkeit und Haarausfall auf. Während beim Beginne der Behandlung die Grenzen des Erysipels stets sehr scharfe waren, waren dieselben meist schon nach 12 Stunden nicht mehr genau zu bestimmen; doch blieb noch für einige Tage leichte Röte und Gedunsensein der betroffenen Teile zurück. Mehrfach machte sich eine feine, kleienförmige Abschuppung bemerkbar. Gegen das Auftreten von Rezidiven schützt der Ausschluſs der chemisch wirksamen Lichtstrahlen nicht: unter den 18 Fällen waren 4 Rezidive. — Irgend eine Heilwirkung besitzen die roten Lichtstrahlen nicht; der Vorteil der Rotlichtbehandlung liegt lediglich darin, daſs die schädlich wirkenden chemischen Strahlen abgehalten werden. Dafür, daſs diese in der That einen schädlichen Einfluſs ausüben, spricht die Thatsache, daſs das Erysipel mit Vorliebe an den am meisten den Sonnenstrahlen ausgesetzten Teilen, insbesondere im Gesicht auftritt, ferner der Umstand, daſs die Neger, deren Haut mit einem dichten Pigment versehen ist, sehr selten an Erysipel erkranken. Die Art des schädlichen Einflusses der chemisch wirksamen Lichtstrahlen hat man sich vielleicht

so vorzustellen, dafs der Reiz, den diese Strahlen unzweifelhaft ausüben, die Haut für die pathogene Thätigkeit der Erysipelerreger empfänglich macht und das Fortschreiten des Erysipels begünstigt. *Götz-München.*

Elephantiasis erysipelatosa der unteren Extremitäten, von Stouffs-Nivelles. (*Presse méd. belge.* 1901. No. 46.) Der Verfasser beschreibt die elephantiastische Erkrankung der Unterschenkel bei einer 72jährigen Nonne. Die Mafse des Umfanges betrugen am rechten Bein 72 und 58 cm, am linken 99 und 76 cm (Wade bezw. Knöchel). Die Verdickung schlofs sich an eine vor etwa 10 Jahren aufgetretene, ihrer Natur nach nicht mehr zu eruierende ödematöse Schwellung der Haut des gesamten Körpers an. Seitdem blieben die Beine etwas verdickt, bis eine 2 Jahre später überstandene Erysipelerkrankung eine beträchtliche Anschwellung zur Folge hatte. Seit jenem ersten Erysipel stellten sich alle 2—3 Monate neue erysipelatöse Attacken ein, mit denen jedesmal eine Volumenzunahme der Schenkel erfolgte.

Hopf-Dresden.

In der biologischen Abteilung des ärztlichen Vereins Hamburg (Sitzung vom 11. März 1902, nach *Münch. med. Wochenschr.* 1902. No. 20) stellte Delbanco einen 40jährigen Patienten mit **Elephantiasis der Augenlider** vor. Der Kranke zeigt eine hochgradige elephantiastische Anschwellung der beiden unteren, eine viel weniger starke Schwellung der beiden oberen Augenlider. Die Lider sind manchmal hochgradig gespannt, glänzend und stark ödematös, an manchen Tagen dagegen stellen sie dicke, aber schlaffe, herunterhängende Polster dar. Das Leiden begann vor 6 Jahren im Anschlufs an ein Gesicht und Kopf überziehendes Erysipel. Seitdem hat der Patient 24 heftige, stets über dieselben Partien wandernde Erysipel durchgemacht; vor jedem neuen Erysipelschub nimmt die Spannung sehr stark zu. — Die vorhandene elephantiastische Verdickung erfordert die Annahme eines Verschlusses der venösen Abführwege, wodurch zunächst stationäres Odem verursacht wird; ein solches macht aber keine produktiven Bindegewebswucherungen, hierzu ist ein in der Lymphe zirkulierendes, irritierendes, bezw. infektiöses Agens nötig. D. glaubt nun, dafs bei dem Kranken einerseits Empyema der Kiefer- und Stirnhöhlen vorliegen, und dafs sich andererseits in diesen Empyemen ein Streptokokkenherd befindet, der die in die Lider fliefsende Lymphe infiziert und auch die zahlreichen Erysipele verursacht hat. Die Probepunktion der Kieferhöhlen ergab nun thatsächlich Eiter; in demselben fanden sich jedoch nur gelbe Staphylokokken und ein kleines Stäbchen, aber keine Streptokokken. Diese einmalige Untersuchung des Eiters erscheint Delbanco aus verschiedenen Gründen nicht für beweisend; er hält an der Streptokokkennatur der Empyeme nach wie vor fest. Jedenfalls ist eine radikale Operation der Empyeme indiziert.

In der Diskussion erklärt Schottmüller, dafs nach seiner Ansicht nicht das Vorhandensein eines Streptokokkenherdes, sondern lediglich eine individuelle Disposition zu Erysipel anzunehmen ist; er hält die Indikation zur Operation nicht für erwiesen. — Engelmann, der den Fall mit behandelt, erklärt sich mit Delbancos Auffassung einverstanden. — Unna bespricht die anatomischen Ursachen des Ödems: er kennt keinen Druck in der Nähe der Augenlider, der nicht zu Lidödem Anlafs gäbe. — Simmonds macht darauf aufmerksam, dafs die Kieferhöhlenempyeme auch Folge des Erysipels sein könnten. — Nach Fraenkel mufs das Vorhandensein eines Streptokokkenherdes mindestens zweifelhaft erscheinen, nachdem keine Streptokokken gefunden worden sind. — Delbanco bleibt trotz der gemachten Einwendungen bei seiner ursprünglichen Auffassung und weist noch darauf hin, dafs neuerdings Lenhartz die Aufmerksamkeit auf die innere Stase als einen Ausgangspunkt der Erysipele gelenkt habe. *Götz-München.*

Über die Behandlung der Elephantiasis mit Kalomel, von M. Tipzeff. (*Med. Obosrenje.* 1902. S. 713.) Angeregt durch die guten Resultate von Pospelow und anderen, versuchte Verfasser Kalomelinjektionen bei einer 39jährigen Frau mit Elephantiasis beider unteren Extremitäten. Syphilis wurde negiert. Nach 14 Infektionen von insgesamt 0,7 Kalomel im Laufe von 3½ Monaten liefs sich eine bedeutende Besserung, wenn auch nicht völlige Heilung konstatieren. Verfasser riet daher zu einer erneuten Injektionskur nach einer Pause. Mittlerweile hatte die Kranke aber frische Lues acquiriert, und als ihr das mitgeteilt wurde, erschien sie nicht mehr. *Arth. Jordan-Moskau.*

Über eine neue Methode der Geschwürsbehandlung, von C. A. Protin-New York. (*Alabama med. Journ.* No. 2. Jan. 1901.) Zum Ersatz des Silbernitrats, welches von jeher als ein gutes Stimulans bei träger Granulation diente, hat sich Verfasser das Protargol bei varikösen Geschwüren zum Trocknen der Sekretion, als Stimulans für Granulationen und als Desinficiens bewährt, ebenso bei traumatischen Geschwüren als ausgezeichnetes Vernarbungsmittel, das rasche Heilung brachte. Es wurde hauptsächlich als 5—10%ige Lanolin-Vaselinsalbe, auf Gaze gestrichen, angewendet, kann aber auch in Lösung (Konzentration? Ref.) gebraucht werden. Unter den mitgeteilten Krankengeschichten soll sich auch ein Fall von Ekzema capitis finden, bei welchem nach halbjähriger vergeblicher Anwendung aller möglichen Mittel das Protargol schliefslich Heilung brachte. *Stern-München.*

Die Heilung oberflächlicher und subcutaner Abscefshöhlen mit Breiumschlägen, von M. B. Hutchins-Atlanta. (*New York med. Journ.* 22. Febr. 1902.) Diese Methode besteht einfach darin, auf den offenen Abscefs einen Umschlag von Leinsamenmehl, welcher, anstatt mit blofsem Wasser, mit 3%iger Karbollösung bereitet ist, zu legen. In die Abscefshöhle wird nichts gelegt und dieselbe nur durch Druck entleert — durch eine kleine Öffnung; die Umschläge werden gewechselt, so oft sie trocken werden oder es die Reinlichkeit erfordert. Wenn eine Incision notwendig ist, so soll sie ganz klein sein; eine Reinfektion kommt beim Verbandwechsel nicht vor und die Heilungszeit bedeutet eine Ersparnis von 75—80%. H. führt 7 Fälle genauer an, um die Vorteile seiner Methode zu zeigen. Gute Drainage, Schmerzlosigkeit (auch das „Drücken" zur Entleerung des Abscesses? Ref.), einigermafsen ständiger Druck und vor allem Verhütung, dafs die Abscefsöffnung sich vorzeitig schliefse, sind die gewünschten Vorzüge der Methode. Auch Bubonen sollten nach Verfassers Ansicht, wenn sie einmal geöffnet und entleert sind, auf diesem Wege behandelt werden und würden ebenso schnell, wie andere Abscesse, ausheilen (also in 3—8 Tagen? Ref.). *Stern-München.*

Furunkulose des Gehörganges, auf eine akute Mittelohrentzündung folgend und eine Entzündung des Warzenfortsatzes vortäuschend, von Vues. (*La Policlinique.* 1902. No. 4.) Bei einem jungen Manne war vor 3 Monaten unter starken Schmerzen und beträchtlicher Verminderung der Hörfähigkeit auf dem rechten Ohre eine nicht sehr starke Otorrhoe aufgetreten, die ungefähr 2 Wochen andauerte. Die Schmerzen, die von dem Ohre aus nach der ganzen rechten Kopf- und Gesichtshälfte ausstrahlten, bestanden während und nach der Eiterung in unverminderter Heftigkeit fort. Bei der vom Verfasser vorgenommenen Untersuchung ergab sich, dafs der rechte Gehörgang infolge starker Schwellung seiner Wände vollkommen verschlossen war; das Trommelfell war nicht zu sehen. Die Hörfähigkeit auf dem Ohre war gleich null. Der Warzenfortsatz war teigig geschwollen und sehr druckempfindlich, die Haut über demselben erschien normal; die Schwellung setzte sich nach der

Schläfengegend zu fort. Nach wenigen Tagen zeigte sich, dafs es sich lediglich um einen Furunkel im äufseren Gehörgang handelte; eine kleine Incision, Einträufelung von Karbolglycerin und feuchte Verbände beseitigten die Schmerzen, wie die Schwellung und die Druckempfindlichkeit des Warzenfortsatzes sehr rasch, auch das Gehör besserte sich sehr bald. *Götz-München.*

Über Paranephritis und Pyonephrose nach Hautfurunkeln, von A. Cahn-Strafsburg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1902. No. 19.) C. schildert 3 Fälle von Paranephritis, die sich scheinbar spontan entwickelten, in Wirklichkeit aber als Metastasen infolge von Furunkeln aufzufassen waren. Aus den Furunkeln gelangten Eiterorganismen in den Kreislauf und verursachten in 2 Fällen die Paranephritis als alleinige Metastase, während im dritten Falle gleichzeitig mit oder kurz vor der paranephritischen Eiterung eine jener seltenen und vielfach noch unklaren Zellgewebseiterungen in der vorderen Bauchwand auftrat. In einem früher vom Verfasser beobachteten Falle von Paranephritis waren Halsschmerzen und Schluckbeschwerden vorausgegangen; möglicherweise hat es sich hier um eine follikuläre Angina gehandelt, die zum Ausgangspunkte des paranephritischen Prozesses wurde. In einem Falle beobachtete C. auch die Entstehung einer eitrigen Pyelitis von einem Furunkel aus. Es handelte sich um einen Mann mit Nierensteinen, bei welchem sich im Anschlufs an das Auftreten eines Furunkels an der Steinniere die Erscheinungen einer akuten, eitrigen Infektion des Nierenbeckens einstellten. Die aus dem Furunkel in den Blutkreislauf gelangten Eiterbakterien konnten in diesem Falle in den toten Räumen zwischen den Nierensteinen leicht haften bleiben und sich vermehren, während sie normale Harnwege wahrscheinlich ohne jede üblen Folgen passiert hätten. *Götz-München.*

Die Behandlung des venerischen Geschwürs mit Kälte, von A. Brandweiner. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1902. No. 12.) Durch Vereisung mit Chloräthyl, oder Metäthyl, welches aus Chloräthyl mit 15 % Chlormethyl besteht, erhält man beim Ulcus molle gute Heilresultate. Die Besprühung unter gleichzeitiger Anwendung eines Luftgebläses mufs mehrere Minuten dauern, bis sich ein fester Schnee bildet. Das Verfahren wird täglich 1—3mal wiederholt. Nach der Gefrierung streut man Jodoform auf und verbindet. Die reaktive Hyperämie führt zu schneller Reinigung der Geschwüre in 2—4 Tagen, wobei dieselben ihre Spezifizität verlieren. Ein fibrinöser Belag während der Reinigung ist eher als ein gutes Zeichen anzusehen. — Unter 40 so behandelten Fällen bekamen vier Bubonen; aber nur einmal war der Bubo aufgetreten nach Abheilung des Geschwürs. — Viermal traten Rezidive auf, von diesen wollte eines ohne Jodoform trotz Vereisung nicht heilen. — Siebenmal war der Erfolg ein negativer. — (So sehr imponierend sind die Ergebnisse nicht, zumal ja Jodoform stets angewendet wurde. D. Ref.) *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Weicher Schanker des Augenlides, von Math. Lanckton Foster-New York. (*New York. med. Journ.* 15. März 1902.) Die häufigste venerische Affektion am Augenlid ist der harte Schanker, sehr selten wird jedoch der weiche gefunden. In dem vorliegenden Falle handelte es sich um einen 36jährigen Mann, welcher sich einen Monat zuvor ein Schankergeschwür am Gliede zugezogen hatte, gefolgt von Leistendrüseneiterung; das Geschwür an der Ecke des rechten oberen Augenlides war etwa 3 Wochen nach ersterem aufgetreten, das ganze Lid war rot, geschwollen, die Drüsen am Halse und Nacken aber nicht geschwollen. Häufige Reinigung des Auges mit einer schwachen Sublimatlösung (1 : 5000) brachte unmittelbare Besserung und Heilung nach 11 Tagen. Eine positive Diagnose ist in einem solchen Falle keineswegs leicht, es kann sich um ein ulceriertes Epitheliom, um ein tuberkulöses Geschwür, eine

Vaccinepustel, einen harten Schanker, ein Gumma oder ein gewöhnliches Hordeolum handeln; der Verlauf, der Allgemeinzustand, sowie die mikroskopische Untersuchung werden die Aufklärung geben. Oft ist es allerdings aufserordentlich schwer — so schliefst der Verfasser nach Anführung weiterer Belege aus der Litteratur —, ja unmöglich, die Differentialdiagnose zwischen einem einfachen septischen Geschwür, einem weichen und einem harten Schanker vor dem Auftreten der Sekundäreruption zu stellen. *Stern-München.*

Pemphigus vegetans, von Fr. Samberger. (*Wien. med. Wochenschr.* 1902. No. 10.) Der geschilderte Fall von Pemphigus vegetans zeigte, wie gewöhnlich, die ersten Veränderungen im Munde. Auch sonst waren die bekannten Prädilektionssitze ergriffen. Die Patientin starb. — Verfasser führt aus, dafs der Pemphigus vegetans nur einen Typus des Pemphigus vulgaris darstellt, keine Erkrankung sui generis ist. — Die mikroskopische Untersuchung bei diesem Falle, wie bei einem Falle von Pemphigus foliaceus, ergab nichts Charakteristisches.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Zur operativen Behandlung des Rhinophyma, von Paul Rusch. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1902. No. 13.) Die verschiedenen, zur Beseitigung des Rhinophyma geübten chirurgischen Verfahren werden vom Verfasser rekapituliert und dann zwei operierte Fälle mitgeteilt. In Frage kommen drei Verfahren: Die Keilexcision mit folgender Naht ist bei mehr umschriebenen Knoten am Platze, die total entfernt werden können. Partielle Excisionen sind von Rezidiven gefolgt. — Die Dekortikation der Haut mit Hinterlassung der Hautbasis, die auch in den beiden mitgeteilten Fällen zum Ziele führte, ist wohl am meisten zu empfehlen. Die quer durchschnittenen Ausführungsgänge der Talgdrüsen stellen Epithelinseln dar, welche die Vernarbung sehr unterstützen. Letztere erfolgt gut unter Jodoformverband. Transplantation ist entbehrlich; die vorher nötige exakte Blutstillung verlängert die Operation, welche unter Schleichscher Infiltrationsanästhesie gut ausführbar ist. — Die radikalste Methode ist die totale Exstirpation der Nasenhaut mit folgender Hauttransplantation.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Histologische, bakteriologische und experimentelle Untersuchungen über das Rhinosklerom, von Umberto Mantegazza-Cagliari. (*Sperimentale, Arch. di Biolog.* 1901. No. 3.) Verfasser beschreibt zunächst eingehend die Mikuliczschen und die colloiden Zellen des Rhinoskleroms. Jene sind sehr grofs und von Vakuolen durchsetzt, die zuerst in der Nähe des Kernes auftreten, allmählich gröfser werden und zusammenfliefsen. Gleichzeitig tritt im Protoplasma an Stelle der feinen Körnung durch Rarefikation ein mehr oder minder dichtes Netzwerk auf. Die hyalinähnlichen Schollen in den Vakuolen sind nicht identisch mit den hyalinen Kugeln in den colloiden Zellen; zum Unterschied von diesen sind sie unregelmäfsig gruppiert und geformt und färben sich wenig mit Kernfarben; aufserdem kann man ihre Entstehung aus Leukocyten verfolgen, die, von der Mikuliczschen Zelle aufgenommen, zo zerfallen, dafs nur das Kernchromatin in Form jener Schollen übrig bleibt. Der Kern der M.schen Zelle ist oft an die Peripherie gedrängt; er kann auch vakuolisieren, oder zerbröckeln, oder sich durch abnorme Karyokinese in zwei ungleiche Teile spalten. In vielen Zellen findet man ziemlich leicht die Bacillen; letztere neigen teilweise zur Fragmentierung in kleinere oder gröfsere Körner. Der schliefsliche Ausgang ist stets der Tod der Zelle: der Kern schwindet immer mehr, die Vakuolenbildung nimmt zu, die Zelle platzt und läfst die Bacillen in die Gewebsspalten treten. Ob diese Zellen aus Plasma- oder aus Bindegewebszellen hervorgehen, läfst Verfasser unentschieden; wegen ihrer phagocytären Eigenschaft hält er ihre Herkunft von Leukocyten für

wahrscheinlicher. — Die meist runden oder ovalären kolloiden Zellen sind gewöhnlich einkernig und enthalten im Protoplasma entweder so zahlreiche Granula, dafs der exzentrische Kern verdeckt wird, oder neben einzelnen Granula, oft auch ausschliefslich, runde homogene Kugeln, die zu einer einzigen grofsen Kugel zusammentreten können. Der Kern bleibt lange normal, zuletzt atrophiert und verschwindet er. Zuweilen platzt vorher die Zelle und entleert die Kugeln ins Gewebe. Kapseln oder Sporen sind nicht vorhanden. Für den Ursprung dieser Zellen kommen das Blut, die eosinophilen Leukocyten, Plasma-, Mastzellen, auch wohl Bindegewebszellen in Betracht. — Die Hauptmasse des Granuloms bilden Plasmazellen; spärlich kommen auch polynukleäre Leukocyten, Mastzellen und Riesenzellen vor. Auch Fibrin in Form von Fäden und Balken tritt auf. Das kollagene und elastische Gewebe degeneriert. Die Epidermis ist meist verschmälert, atrophisch, stellenweise vakuolisierend entartet. Die kleinsten Gefäfse enthalten Thromben aus körniger oder hyaliner Substanz oder verklebten Blutkörpern, die Venen fast nur fibrinöse Thromben mit Resten weifser und roter Blutkörper. Mitten im Granulom trifft man echte Hämorrhagien. — Die Virulenz der Frischschen Bacillen für Meerschweinchen und Kaninchen ist gering, wenn direkt vom Menschen verimpft, nimmt aber beträchtlich zu, falls sie mehrmals den Tierkörper passiert haben und die Kulturen nicht zu jung sind. Sie sind als abgeschwächte Varietät der Friedländerschen Bacillen anzusehen und pathogen für Rhinosklerom: hat man die Affektion selbst auch noch nicht künstlich erzeugen können, — Pawlowskis Versuche sind nicht beweisend —, so doch im Wesen identische Prozesse durch die Nukleoproteine der Bacillen. — Da die chirurgische Behandlung unzulänglich ist, sind die Versuche mit Serumtherapie der Fortsetzung wert.

M. Levor-Hamburg.

Bemerkungen über Erythema nodosum, von H. W. Syers-London. (*Lancet.* 19. Juli 1902.) Die im allgemeinen als ausgemacht acceptierte Ansicht, dafs Erythema nodosum mit Rheumatismus in ätiologischem Zusammenhang stehe, entbehrt nach S.s persönlichen, mehrjährigen Beobachtungen total der Begründung. Dagegen hat er wiederholt ein Zusammentreffen von Urticaria und Erythema nodosum konstatiert und hält dies für etwas anderes als eine blofse Zufälligkeit. Er behandelt demnach nicht mit Salicylpräparaten, sondern mit Ruhelage, Wärme, Umschlägen von Bleilösung und Opium, und vor allem Diät. Chinin kann gegeben werden, doch ist dessen Bedeutung hierbei problematisch. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von Pian-bois, von Darier und Christmas. (*Caducée.* 1901. No. 8.) Der Träger dieser exotischen Hautkrankheit war ein 32jähriger Mann, der bis auf einen Typhus im Alter von zwölf Jahren stets gesund gewesen, vor allem nicht syphilitisch erkrankt gewesen ist. Während dreier Reisen ins Innere von Guyana litt er viel an Malaria. Seine Hautaffektion datiert von der Rückkehr aus den Wäldern Guyanas beim Anfang der Regenzeit. Beginn als dunkelrote Verdickung auf dem rechten Handrücken. Bald nach dieser zeigte sich eine zweite kleine, harte Infiltration am linken Vorderarm. Dieselben brachen bald zu einer 50 Pfennigstück grofsen Ulceration auf. In Cayenne wurden die Stellen sofort als Symptome des dort zum Beginn der Regenperiode häufigen Pian-bois erkannt. Letztere Krankheit befällt vorzüglich Leute, die im Holz und mit Holz zu thun haben. (In Holländisch-Guyana kennt man die Affektion als Boussy-Yassi.) Unter Auskratzung und antiseptischer Behandlung Zunahme der Geschwüre an Umfang bis zu Thalergröfse; auch trotz Touchierung Atonie der Granulationen. Im Gegenteil neue kleine Infiltrationen längs der Lymphgefäfse. Heilung erfolgte nach Fehlschlagen verschiedener Behandlungsmethoden erst in Paris unter folgender Therapie: ausgedehntes Verschorfen mit dem Glüheisen

nach gründlicher Desinfektion mit Phenosalyl und Anwendung von Eisenperchlorürsalbe (Ferr. perchlor., Vasel., Lanol. ā). Impfungen auf Tiere blieben ohne Resultat, ebenso lieferten bakteriologische und histologische Untersuchungen keine besonderen Ergebnisse. *Hopf-Dresden.*

Das Botryomykom, von G. Carrière und G. Potel-Lille. (*Presse méd.* 1902. No. 40.) Die Meinungsverschiedenheit, ob man es bei dem Brotryomykom mit einem spezifischen Tumor zu thun hat, dessen Erreger der Botryokokkus ist, oder um ein auf der Basis der Staphylokokken beruhendes entzündliches Neoplasma, suchen die Verfasser durch die Krankengeschichten zweier Fälle von Botryomykose zu klären. Es sind dies die ersten im Norden Frankreichs beobachteten Fälle, sie betreffen eine junge Weberei-Arbeiterin und einen 35jährigen Kassierer. Bei ersterer saſs die kleine Geschwulst auf dem Dorsum der ersten Phalanx des linken Zeigefingers, bei letzterem auf der Rückenfläche der zweiten Phalanx des linken Mittelfingers. In beiden Fällen schloſs sich die Neubildung an eine Verletzung an. Die Struktur wies in beiden Tumoren auf ein Fibro-Adenom sudoriparen Ursprungs hin. Die klinischen Bilder des Botryomykoms wurden zuerst 1897 von Poncet und Dor als entzündliche Papillome oder gestielte frambösiforme Geschwülste der Finger und Hände bezeichnet. Bei den Neubildungen beider vorerwähnten Kranken fanden die Verfasser nur Staphylokokken, keinen spezifischen Erreger. *Hopf-Dresden.*

Beitrag zur Kenntnis des Erregers der menschlichen Aktinomykose, von Karl Doepke-Bamberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1902. No. 21.) Der Verfasser hat in drei Fällen von Aktinomykose des Gesichtes eingehende bakteriologische Untersuchungen vorgenommen; das Resultat derselben faſst er in folgende Sätze zusammen: I. Die Diagnose Aktinomyces kann sicher gestellt werden durch Untersuchung; a) eines ungefärbten mikroskopischen Präparates aus dem frischen Eitermaterial (Aktinomycesкörner), wobei man meist die strahlenförmig angeordneten Keulen und Kolben, die Degenerationsformen des Pilzes, zu sehen bekommt; b) eines nach Gram gefärbten Trockenpräparates, in dem der eigentliche Pilz, kürzere oder längere Stäbchen oder Fäden und öfters auch kugelige Gebilde scharf hervortreten, während von den keulen- und kolbenförmigen Gebilden nichts mehr zu sehen ist; c) einer Reihe von Schnittpräparaten, die bei entsprechender Behandlung öfters beides, den eigentlichen Pilzherd, wie seine Degenerationsformen, zeigen. II. Ein Nichtauffinden der kolbigen Gebilde berechtigt nicht, die Diagnose „Aktinomykosis" auszuschlieſsen. III. Die in den Fäden enthaltenen körnigen Gebilde sind die Dauerformen des Pilzes, die unter gewissen Bedingungen auswachsen können: a) zu streptokokkenartig aneinander gereihten kugeligen Gebilden, b) zu zarten, leicht geschwungenen Stäbchen, c) zu kürzeren oder längeren, öfters segmentierten Fäden. IV. Aus allen Wuchsformen resultiert bei genügend langer Beobachtung ein körniges Material — die Dauerformen, die Sporen. *Göts-München.*

Progressive Ernährungsstörungen.

a. *Maligne.*

Wie verhält man sich gegen ulceröse Neubildungen der Zunge und Mundschleimhaut?, von E. Lenglet. (*Presse méd.* 1902. No. 19.) Für die Diagnostik beziehentlich Therapie unbestimmter geschwüriger Neoplasmen der Mundhöhle schlägt der Verfasser Probeexcision und histologische Untersuchung vor. Sobald diese unthunlich ist, injiziere man Kalomel. Letzteres ist im stande, Epitheliome zur

Besserung zu bringen, indem es die interstitiellen Bindegewebsinfiltrationen mindert. Man hüte sich nur, es länger anzuwenden, als bis die Diagnose gesichert ist. Das Jodkalium ist stets entbehrlich, sofern es sich um die Erkennung des Wesens der Affektion handelt und auf Epitheliome kann es sogar sehr schädliche Einflüsse ausüben, sowohl in schwacher wie in starker Dosis, allein oder mit Merkur zusammen.

Hopf-Dresden.

Was man unter Pagetscher Krankheit versteht, von O. Swolfs. (*Presse méd. belge.* 1902. No. 2.) Die Wickhamsche Theorie einer kausalen Psorospermie gilt heute als verlassen. Was hat man heute über die Krankheiten für Ansichten? Vor llem ist zu bemerken, dafs zwei verschiedene Krankheiten den Namen Pagets disease ragen. Die erste ist die bekannte Dermatose, welche als geringer Hautdefekt der weiblichen Brust beginnend, allmählich in die Breite und Tiefe gehend, zur Zerstörung der Mamma, besonders häufig der rechten Seite, führt. Eine zweite, unter seinem Namen segelnde Krankheit beschrieb Paget im Jahre 1876, das war eine Form chronischer Entzündung der Knochen, eine Osteitis deformans. Sie tritt ebenfalls bei bejahrten Personen, bei beiden Geschlechtern auf. An den symmetrisch gelegenen Knochen zeigt sich zuerst eine diffuse Hyperostose; mit Vorliebe sind Tibia, Radius, Claviculae und Schädelknochen befallen, die Hand- und Fufsknochen und jene des Gesichts mit teilweiser Ausnahme des Unterkiefers bleiben stets frei. Die Unterschenkel erlangen ein elephantiastisches Gepräge. Der Gang dieser Kranken ist dem der grofsen Menschenaffen ähnlich und unvergefslich für den Beobachter. Die Ursache des Leidens ist unbekannt, seine Dauer eine jahre- bis jahrzehntelange. Sein Herd liegt im Centralnervensystem. Beide Pagetsche Krankheiten haben mit einander nichts zu thun.

Hopf-Dresden.

In der Société nationale de médecine de Lyon (Sitzung vom 17. März 1902; nach *Lyon méd.*, 1902, No. 13) stellte Thévenot einen Fall von **flachem Epitheliom der Haut (Ulcus rodens)** an der hinteren äufseren Fläche des linken Vorderarmes vor. Die Affektion hatte vor zehn Jahren mit der Bildung eines kleinen Knotens begonnen, den die Patientin aufkratzte; es entstand eine Ulceration, die sich allmählich vergröfserte. Der Substanzverlust betrifft nur die Haut, die Aponeurose ist intakt. Der Grund des steil geränderten Geschwürs ist mit flachen, leicht blutenden Granulationen bedeckt. Es bestehen weder Drüsenschwellungen, noch Schmerzen, noch sensible oder trophische Störungen.

In der Diskussion betonte L. Dor, dafs der Fall zu der von Cornil und Ranvier unter dem Namen „tubuläres Epitheliom der Haut" beschriebenen Form gehört. Epitheliome dieser Art nehmen ihren Anfang in den sudoriparen Zellen und sind deshalb am besten als „sudoripare Epitheliome" zu bezeichnen. Dieselben dehnen sich ausschliefslich flächenhaft aus, während die knotigen Hautepitheliome in die Höhe oder in die Tiefe wachsen. Wenn nämlich die Zelle, in der die Wucherung begonnen hat, eine regelmäfsige geometrische Form besitzt, dann wird der Tumor, der durch Anhäufung von Zellen des nämlichen Typus gebildet wird, ebenfalls eine regelmäfsigere geometrische Form aufweisen; und wenn die Zelle, in der die Neubildung ihren Anfang genommen hat, parallel der Hautebene liegt, wie das bei gewissen sudoriparen Zellen der Fall ist, so wird der Tumor sich flächenhaft ausbreiten. Die Geschwülste dagegen, die durch Wucherung der senkrecht zur Hautebene gelegenen Zellen des Rete Malpighi entstehen, werden in die Höhe oder in die Tiefe wachsen, je nachdem die Proliferation in einer Zelle der Papillarspitze oder in einer Zelle in der Vertiefung zwischen zwei Papillen begonnen hat. *Götz-München.*

Ein mittels Röntgenstrahlen behandelter Fall von Ulcus rodens der Nase und der Augenlider, von G. G. Stopford Taylor-Liverpool. (*Lancet.* 17. Mai 1902.) Die Affektion hatte trotz verschiedener Behandlungsversuche bei dem 82jähr. Seemann schon seit 20 Jahren bestanden und recht ausgedehnte Dimensionen angenommen. Die vollständig erfolgreiche Behandlung dauerte allerdings sieben Monate. Es erwiesen sich dabei Röhren von mittlerer Luftleere wirksamer, als solche mit hohem Vakuum. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ist der Krebs wirklich eine Infektionskrankheit? von C. L. Schleich-Berlin. (*Med. Woche.* 1902. No. 20.) Der Theorie der parasitären Ursachen widerstreiten eine ganze Reihe von Thatsachen und Erwägungen, unsere Begriffe von Infektion bedürfen trotz aller aufgefundenen Mikroparasiten noch sehr erheblich der Klärung, ehe wir diesen durchaus abweichenden Modus der Krebserregung theoretisch für fest begründet erachten können. Wir müssen vorsichtig sein bei Beurteilung der Entstehungsmöglichkeiten einer Krankheit, bei welcher der Begriff der Kontagiosität vorläufig nichts ist, als eine weitverbreitete Vermutung. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Carcinom und Hautveränderungen, von E. Holländer. (*Centralbl. f. Chir.* 1902. No. 17.) Verfasser weist auf seine Mitteilung in der *Dtsch. med. Wochenschr.*, 1900, No. 30, hin, um sich gegenüber einer Veröffentlichung Lesers die Priorität zu wahren: dieser hatte nur das Vorkommen von Angiomen bei inneren Carcinomen erwähnt, während Verfasser darauf schon früher hingewiesen und mitgeteilt hatte, dafs auch Warzen und Pigmentierungen oft eine prämonitorische Bedeutung haben. *F. Hahn-Bremen.*

Über die diagnostische Bedeutung der Angiome der Haut, von Rosenbaum-München. (*Münch. med. Wochenschr.* 1902. No. 16.) Entgegen den Angaben Lesers kann R. zufolge seiner an 400 Patienten der Poliklinik angestellten Untersuchungen den Hautangiomen irgend eine Bedeutung für die Diagnose des Carcinoms nicht zuerkennen. Angiome kommen, namentlich in erheblicherer Anzahl, im frühesten jugendlichen Alter allerdings nur selten vor, treten aber vom 30. Lebensjahre an bei Gesunden wie bei Kranken immer häufiger und schliefslich fast konstant auf, so dafs ihre Anwesenheit als eine nahezu obligatorische Alterserscheinung anzusehen ist. Auch ihre Zahl ist bei nicht an Carcinom Leidenden durchschnittlich ebenso grofs wie bei Carcinomkranken. *Göts-München.*

Sind die im relativ frühen Alter und in verhältnismäfsig grofser Zahl auftretenden Angiome der Haut für die Diagnose des Carcinoms zu verwerten? von Albert Reizenstein-Nürnberg. (*Münch. med. Wochenschr.* 1902. No. 10.) Leser hat vor einiger Zeit behauptet, dafs den im relativ frühen Alter und in verhältnismäfsig grofser Zahl auftretenden Angiomen der Haut ein diagnostischer Wert bei der Diagnose Carcinom beigemessen werden mufs. Demgegenüber haben die Beobachtungen R.s ergeben, dafs diese Angiome absolut keine diagnostische Bedeutung für Carcinom besitzen. Sie fehlen in sehr vielen Fällen von Carcinom und sind bei Leuten mit irgend welchen anderen Erkrankungen durchaus nicht selten. Es handelt sich wahrscheinlich um Degenerationsvorgänge in der Haut, die gewöhnlich in höherem Alter, manchmal aber auch bei jüngeren Individuen vorkommen, ohne dafs stets eine schwere, konsumierende Erkrankung vorliegt. *Göts-München.*

Die Verwendung der Röntgenstrahlen bei Hautkrebs etc. nebst Bericht über einen (damit behandelten) Fall, von J. F. Rinehart-Oakland, Cal. (*Amer. Journ. med. scienc.* Juli 1902.) Im Anschlufs an seinen früheren Bericht über vier

derartige Fälle teilt R. folgende Beobachtung mit: Am rechten Auge des Kranken hatte sich drei Jahre zuvor ein ziemlich rasch wachsendes, flaches Carcinom entwickelt; dasselbe wurde mit Erfolg operiert, rezidivierte aber etwa ein Jahr vor der Aufnahme. Allmählich wurde das ganze untere Augenlid ergriffen, im ganzen ein Gebiet von 1½ Zoll. Man gab täglich eine Bestrahlung, anfangs bei 8 Zoll Entfernung und 5 Minuten Dauer, später bei 4 Zoll Entfernung und 20 Minuten Dauer. Es kam eine Röhre von geringer Spannung und mildem Lichte zur Anwendung. Nach 15 Sitzungen trat eine lebhafte Reaktion ein, worauf dieselben eingestellt wurden. Ohne weitere Behandlung heilte die Affektion vollständig im Laufe eines Monats. Ein Fall von Keloid ergab ein ähnlich günstiges Resultat.

Philippi-Bad Salzschlirf.

b. *Benigne.*

Epidermoide (Epithelcysten) mit Einschluſs von Fremdkörpern, von Wiemann. (*Centralbl. f. Chir.* 1902. No. 21.) Verfasser entfernte ein Atherom vom vierten Finger eines Patienten. Diesem war dort vor ¾ Jahren ein Holzsplitter eingedrungen, von dem er glaubte, daſs er entfernt sei; sechs Wochen später bemerkte der Patient die Anschwellung. Bei der Operation fand sich mitten in einem weiſslichen Brei der 6 mm lange Splitter. In einem zweiten Falle bemerkte der Patient einen erbsengroſsen harten Knoten, fünf Monate nachdem er eine Quetschung durch einen Hammerschlag erlitten hatte; da Patient die Operation verweigerte, so lieſs sich nur durch Röntgenaufnahme ein 5 mm groſses Metallteilchen, bezw. der Schatten eines solchen feststellen. *F. Hahn-Bremen.*

c. *Pigmentanomalien.*

Wege der Pigmentausscheidung beim Bronze-Diabetes, von M. Rabé. (*Presse méd.* 1901. No. 56.) Das Deckepithel der Absonderungsgänge gewisser Drüsen, wie der Leber, des Pankreas, der Speicheldrüsen kann beim Bronze-Diabetes eine Imprägnation mit Eisen nach Art der Parenchymzellen erleiden. Das Epithel der Trachea und der Bronchien sowie der Alveolen nehmen ebenfalls in gewissen Fällen an der ockerfarbenen Infiltration teil. In einem der Abhandlung zu Grunde liegenden Falle eines 47jährigen Mannes fanden sich die Kapillarnetze der Lunge wie mit Pigmentembolien gespickt. Der Reichtum des Alveolargewebes an Hämosiderin läſst sogar die Idee einer wirklichen Systemläsion aufkommen. Auf diesem Wege also wird das Pigment aus dem Körper ausgeschieden. Die Reste der feinen Hämosiderinklümpchen, welche diesem Siebeprozeſs entgehen, werden durch den Blutstrom wieder aufgenommen und durch die Nieren eliminiert. *Hopf-Dresden.*

Pathogenie des Bronze-Diabetes, von M. Rabé. (*Presse méd.* 1902. No. 16.) Das Bild dieser Krankheit wurde 1882 zuerst von Hanot und Chauffard als anatomisch-klinischer Typus beschrieben, dessen Komponenten schwerer Diabetes, Hypertrophie und Sklerose der Leber und Dunkelfärbung der Haut bilden. Das Leiden muſs als der Ausfluſs einer allgemeinen Dyskrasie angesehen werden, deren hauptsächlichstes Moment in einer Störung des Bluthämoglobins zu suchen ist. Letzteres ist wohl infolge des hohen Zuckergehaltes im Plasma leicht löslich. Es findet hierauf eine Ausscheidung eines braungelben Pigments statt, das sich in die Parenchymzellen ablagert. Die Leber, als Hämoglobin zerstörendes und umbildendes Organ, wird von dieser Pigmentation hauptsächlich mitbefallen. Das Pigment besteht aus einem organischen Farbstoff und einem Eisenfarbstoff, dem Rubizin, dem eigentlich die Bronzefärbung bedingenden Pigment. *Hopf-Dresden.*

Über den Bronze-Diabetes, von Auguste Murri-Bologna. (*Die med. Woche.* 1902. No. 12, 14.) M. beschreibt eingehend die Krankengeschichte einer 59jährigen Frau mit Bronze-Diabetes, aber ohne Hepatitis, und knüpft daran ausführliche theoretische Betrachtungen über dieses Leiden; nach seiner Ansicht ist der Bronze-Diabetes nicht der Ausdruck einer Hepatitis pigmentaria, es giebt auch einen Bronze-Diabetes, bei welchem die Hepatitis fehlt und die Genesung möglich ist, die häufige Vereinigung der drei Erscheinungen Diabetes, Hämochromatosis, interstitielle Hepatitis rührt nicht davon her, dafs der Prozefs, aus dem sie hervorgehen, ein einziger ist, sondern davon, dafs die einzelnen Vorgänge einer jeden dieser Erscheinungen gewisse, näher bestimmbare Bedingungen mit einander gemein haben, welche zum Teil biologischer Natur sind (Alter), zum Teil hygienischer, zum Teil toxischer und zum Teil krankhafter Natur sind, die aber alle darauf hinauslaufen, die inneren Vorgänge des Stoffwechsels zu beeinträchtigen. Angesichts der grofsen Häufigkeit, mit welcher eine Läsion des Pancreas sich bei der Autopsie findet, kann man daran denken, dafs die Glykosurie auch davon herrühren kann, da aber die Glykosurie auch in den Fällen besteht, in welchen das Pancreas normal ist, so mufs auch ein mehr allgemeiner Ursprung dieser Erscheinung für alle ähnlichen Fälle angenommen werden. So gelangt man zur Hypothese einer allgemeinen Dystrophie der Zellelemente des Körpers, hervorgebracht durch den lange anhaltenden Einfluſs von Ursachen, die auf den Stoffwechsel störend einwirken, und die sich durch Herabsetzung einer normalen Eigenschaft kundgiebt, wie die, die Kohlenwasserstoffe zu verbrennen, sowie die abnorme, den Blutfarbstoff an sich zu reifsen und festzuhalten, und die Tendenz zu einer Vermehrung des Bindegewebes, welche, namentlich in der Leber, den Grad einer ausgesprochenen interstitiellen Phlogose annimmt. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Ein Fall von Addisonscher Krankheit, von Lambotte. (*Presse méd. belge.* 1902. No. 4.) Die Kranke, auf welche sich die Mitteilung bezieht, litt seit mehreren Jahren an ihrer Krankheit, ohne dafs irgend eine Therapie einen Fortschritt oder eine Veränderung des Zustandes hervorgerufen hätte. Als die äufserst abgemagerte, schwache, kachektische Patientin zum Verfasser kam, verordnete derselbe Nebennierenextrakt und erzielte damit sogleich eine bedeutende Besserung im Befinden. In sechs Monaten hat die Kranke 14 Pfund zugenommen. Die Krankheit selbst beruht auf dem wirklichen oder funktionellen Verlust der Nebennierenkapseln, welche im normalen Menschen eine Substanz produziert, welche die muskelseits erzeugten Toxine neutralisiert. Der totale Verlust dieses Organs führt den Tod in wenig Tagen herbei. Doch läfst sich derselbe durch Zuführung von Nebennierenextrakt und Blutserum normaler Tiere aufhalten beziehentlich hinausschieben. Als Ursache des Leidens spricht Verfasser im vorliegenden Falle das Vorhandensein eines cystischen Tumors in der Nierengegend. *Hopf-Dresden.*

Regressive Ernährungsstörungen.

Ein Fall von erworbener Atrophia cutis idiopathica, von Pismenni. (*Med. Obozrenje.* 1902. S. 710.) Verfasser fügt zu den bisher in der Litteratur beschriebenen Fällen von idiopathischer Hartatrophie noch einen weiteren hinzu. Derselbe betrifft eine 70jährige Frau, welche sich wegen croupöser Pneumonie an den Verfasser wandte, an der sie auch zu Grunde ging. Nebenbei wurde auf den oberen wie auch unteren Extremitäten, auf der Stirn, der Nase und den Brustdrüsen die Hautatrophie konstatiert, welche durch die charakteristischen Zeichen: Cigarettenpapier ähnliche

Beschaffenheit, Durchschimmern der Venen, dunkelrote Färbung der Haut, gekennzeichnet war. Nach Angabe der Patientin hatte das Leiden vor circa 30 Jahren im Anschluſs an eine schwere akute Infektionskrankheit, zuerst an den Händen, begonnen und sich dann langsam weiter ausgebreitet. — Verfasser rechnet seinen Fall zu dem von Metschersky angegebenen ersten Typus der erythematösen, idiopathischen, progressiven Hautatrophie. *Arth. Jordan-Moskau.*

Vitiligo bei der Tabes, Verfasser ungenannt. (*Journ. d. pratic.* 1902. No. 10.) Die Vitiligo gehört zu den trophischen Störungen, wie sie bei der Tabes auſserordentlich häufig sind. Sie ist sehr oft das erste auffallende Symptom einer beginnenden Tabes. Es kommt gar nicht selten vor, daſs Kranke wegen einer Vitiligo zum Arzte kommen und als beginnende Tabiker erkannt werden. In einem citierten Falle hatten sich vier Jahre vor dem Auftreten der ersten eigentlichen Tabessymptome Vitiligoflecke gezeigt. Die Vitiligo der Tabiker ist die Folge peripherer Neuritiden, die ihrerseits durch die Veränderungen in den hinteren Wurzelfasern und Hintersträngen bewirkt sind. *Götz-München.*

Myxödem bei Mutter und Kind, von S. W. Mac Ilwaine. (*Brit. med. Journ.* 24. Mai 1902.) Die Mutter war drei Jahre hindurch leidend, hatte sich aber wieder erholt und nach etwa einjährigem Wohlbefinden ein völlig normales Kind geboren. Dasselbe erkrankte nach Jahresfrist mit allgemeinen Symptomen und entartete späterhin kretinenhaft. Beide Kranke nahmen Schilddrüsenextrakt mit gutem Erfolg. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Farbeveränderung der Haare, von W. G. Weinberg-Dortmund. (*Münch. med. Wochenschr.* 1902. No. 14.) Der Verfasser hat in drei Fällen beobachtet, daſs die nach dem Haarschwund infolge von Syphilis nachwachsenden Haare eine andere Farbe als die ausgefallenen hatten. Im ersten Falle handelte es sich um eine Frau mit schwarzen Haaren; bei derselben trat infolge der Infektion starker Haarausfall ein, der das einzige Symptom der Lues bei ihr darstellte; die nachwachsenden Haare hatten dunkelblonde Farbe. Im zweiten Falle, in dem auſser den Kopfhaaren auch die Barthaare und die Augenbrauen ausfielen, wuchsen an Stelle der ursprünglichen hellblonden Haare dunklere, deren Farbe mehr ins Graue spielte. Im dritten Falle endlich wuchsen an Stelle der ausgefallenen hellblonden Haare weiſsliche nach. Während bei allen drei Patienten die ursprünglichen Haare ausgesprochene, volle Farben gezeigt hatten, waren die Farben der nachwachsenden Haare viel unbestimmtere. — Bei der Entstehung dieser Farbenveränderungen scheinen trophoneurotische Störungen, die den Pigmentgehalt des Haarbulbus beeinflussen, eine ursächliche Rolle zu spielen. *Götz-München.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 35. No. 11. 1. Dezember 1902.

Ein Fall von positivem Gonokokkenbefund in einem epididymitischen Abscefs.

Von

Dr. Adam v. Karwowski-Posen.

Nachdem der Gonococcus von Neisser als Erreger der Gonorrhoe erkannt worden war, erschien es ganz natürlich, auch die im Verlaufe einer Gonorrhoe auftretende Nebenhodenentzündung als durch direktes Übergreifen der Krankheitserreger auf das erkrankte Organ entstanden, zu betrachten. Doch dafür fehlten Beweise, d. h. direkte positive bakteriologische Feststellungen des Gonococcus in dem erkrankten Nebenhoden. Man begann also nach anderen Ursachen zu forschen. So fanden Eraud (1892), später d'Arlhac, Hugounenq (1893) und Rollet (1894) einen Diplococcus, welchen d'Arlhac Orchiococcus nannte. Dieser — dem Gonococcus ähnliche, aber kulturell verschiedene — Pilz soll die Eigentümlichkeit haben, Hunden in das Scrotum eingespritzt, eine Hoden- und Nebenhodenentzündung hervorzurufen, und wird von den genannten Autoren, zum Teil auch von Carpentier, als der eigentliche Erreger der Epididymitis angesehen. Diese Ansicht hat jedoch nur beschränkten Anklang gefunden.

Andere Autoren glaubten aus dem negativen Gonokokkenbefunde in dem erkrankten Organe den Schlufs ziehen zu müssen, dafs es nicht die Bakterien selbst, sondern ihre Toxine sind, welche die Epididymitis erzeugen. Aber auch diese Theorie ist nicht bewiesen.

Nun hat jüngst Porosz (-Popper) die Behauptung aufgestellt, dafs es sich bei dem in Frage stehenden Prozesse um Cirkulationsstörungen handelt. Er sagt: „Auf Grund meiner Erfahrungen und Beobachtungen bin ich darauf gekommen, dafs die Epididymitis blennorrhoica — vielleicht auch die, welche sich zur Deferenitis gesellt — ebenfalls infolge von Cirkulationsstörungen, welche auf reflektorischem Wege ausgelöst werden, aufzutreten pflegt". Seine Ansicht stützt er durch mehrere Beobachtungen aus der Litteratur, sowie durch eigene Tierexperimente.

Diese drei Theorien, zu denen sich noch die, eine Mischinfektion annehmende gesellt, entsprangen dem Mangel an positiven Gonokokkenbefunden[1] in dem entzündeten Organ, bezw. dem Eiter desselben. Um so wertvoller mufste also der sichere Nachweis der Gonokokken in dieser Beziehung erscheinen. Dieser ist denn auch wirklich gelungen, allerdings bis jetzt nur in sehr wenigen Fällen. Es sind meines Wissens nur sechs Beobachtungen darüber veröffentlicht, und zwar von Routier 1895, Siegfried Grosz 1897, Collan 1897, Colombini 1898, Harttung 1899, Witte 1899. Von diesen ist Collan der einzige, welcher in dem von einem nicht vereiterten, aber entzündlich geschwollenen Nebenhoden aspirierten serösen Sekrete typische Gonokokken, allerdings erst in der Kultur, nachwies. Die anderen erwähnten fünf Autoren hatten den Eiter bereits abscedierter Epididymitiden untersucht und dort Gonokokken gefunden. Es fällt auf, dafs diese Beobachtungen so wenig zahlreich sind. Dies beruht einerseits auf der verhältnismäfsig seltenen Abscedierung gonorrhoischer Epididymitiden — Wallace beobachtete diese unter 300 bis 400 Fällen einmal —, ferner auf dem schweren Nachweis der Pilze in Eiterhöhlen, ohne dem immerhin nicht so einfachen Kulturverfahren, andererseits auf dem Umstande, dafs bei nicht vereiterten Nebenhodenentzündungen man sich schwer zur Punktion entschliefsen dürfte. In den Fällen, wo dies geschehen ist, lassen sich, wie Witte hervorhebt, Gonokokken sehr schwer oder gar nicht nachweisen, weil nach den Untersuchungen Scholtzs in der — gewöhnlich hierbei aspirierten — serösen Flüssigkeit Gonokokken nicht zu konstatieren sind. Ich hatte Gelegenheit, einen Fall zu beobachten, welcher sich den erwähnten fünf Fällen anreihen dürfte. Ich lasse die Beschreibung folgen.

Herr P., Student, 24 Jahre alt, kräftig gebaut, sonst stets gesund, acquirierte im Oktober 1901 zum erstenmal eine Gonorrhoe, welche durch eine Reihe von Ärzten mit Einspritzungen behandelt wurde. Doch vernachlässigte Patient die Krankheit, hielt keine Diät ein, sistierte die Einspritzungen, sobald der Ausflufs geringer wurde, um sie bald wieder auf einige Tage zu beginnen. So schleppte sich der Tripper mehrere Monate hin, bis Patient plötzlich, Anfang Mai 1902, anläfslich eines Stosses an die Bank, eine Nebenhodenentzündung bekam. Von dem Hausarzt wurden unter Bettruhe Eisumschläge und innerlich Santelöl verordnet.

Als ich zum erstenmal den Patienten sah, bestand die Epididymitis etwa fünf Tage. Der linke Nebenhoden war bedeutend geschwollen, auf Druck noch schmerzhaft, das Vas deferens ebenfalls etwa fingerdick geschwollen und schmerzhaft. Aus der Harnröhre liefs sich spärliches,

[1] Porosz sieht die existierenden positiven Angaben als nicht beweisend an.

milchig seröses Sekret ausdrücken, in welchem Gonokokken nicht nachweisbar waren. Nach der Konsultation mit dem behandelnden Arzt verordnete ich feucht-warme Kompressen und Ichthyol-Jodkaliumsalbe, die dem Kranken wohlthaten. Innerlich wurde, da das Santelöl Magenstörungen verursachte, Extr. Pichi-Pichi fluidum theelöffelweise verordnet. Nach acht Tagen war der Zustand des Patienten derartig gebessert, dafs mit vorsichtigen Injektionen mit Itrollösungen begonnen werden konnte (0,03 : 200). Die Schwellung des Nebenhodens ging nun sehr langsam zurück, nachdem die Schmerzhaftigkeit schon nach wenigen Tagen geschwunden war.

Als Patient sich etwa nach einem Monat vorstellte, bestand noch eine ziemlich harte, kantige Schwellung des Nebenhodens in der Gröfse und Form einer amerikanischen Nufs. Der Samenstrang ist nach wie vor verhärtet, Ausfluſs nicht vorhanden. In dem exprimierten Sekret wohl Eiterkörperchen, aber keine Gonokokken. Erste Urinportion leicht getrübt, zweite und dritte klar. Fortsetzung der Injektionen und weitere feucht-warme Umschläge auf das Scrotum.

Da Patient aus äufseren Gründen nicht öfter zur Konsultation kommen kann, erscheint er erst wieder nach einem weiteren Monat. Das ausgepreſste Sekret besteht aus Epithelien, Gonokokken fehlen. Die Schwellung ist etwas verkleinert, aber härter, auch der Samenstrang ist noch immer hart und unregelmäfsig verdickt. Dieser Umstand, sowie die sehr verzögerte Abschwellung des erkrankten Nebenhodens und Samenstranges, trotz fortgesetzter Ichthyolpinselungen und feucht-warmer Umschläge, erweckte jetzt in mir den Verdacht, ob es sich hier nicht etwa doch um eine sekundäre Tuberkulose handelte. Anamnestisch war nachzuweisen, dafs der Oheim des Patienten an Lungentuberkulose verstorben war, und ein Bruder an Blutsturz gelitten hatte. Mutter hatte eine Lungenentzündung durchgemacht. Die Untersuchung des Patienten erwies über der rechten Spitze einige Rhonchi. So schien denn die Annahme eines tuberkulösen Prozesses nicht ganz unbegründet.

Als nun nach weiteren sechs Wochen Patient sich wieder vorstellte, erschien diese Diagnose gesichert. Der Nebenhoden ist unregelmäfsig verdickt, hart, ebenso der Samenstrang. Vom oberen Pol des Nebenhodens zieht nach der Scrotalhaut ein bleifederdicker, etwa 4 cm langer, harter Strang, welcher in eine fluktuierende, kleinhaselnufsgroſse Vorwölbung der Haut dicht unter dem Penisansatze mündet.

Da ich durch den makroskopischen Befund fast von der tuberkulösen Natur der Erkrankung überzeugt war, riet ich Patienten, einen Chirurgen aufzusuchen, zwecks Eröffnung des Abscesses und eventuell darauschliessender Radikaloperation. Doch am nächsten Tage war der Abscefs spontan aufgebrochen, es entleerte sich gelber, ziehender Eiter; die ganze

Schwellung mit Ausnahme des Samenstranges war bedeutend vermindert, und Patient fühlte eine wesentliche Erleichterung.

Um den Eiter auf eventuellen Tuberkelbacillen zu prüfen, untersuchten der Kollege und ich denselben mikroskopisch. Doch zu unserer Überraschung fanden sich in ihm anstatt der erwarteten Tuberkelbacillen, nur Gonokokken ohne jede Beimengung anderer Bakterien. Der Eiter machte ganz den Eindruck frischen Trippereiters. Die typische Form und Lagerung innerhalb der Leukocyten, sowie ihre Entfärbbarkeit nach GRAM liefsen keinen Zweifel aufkommen an ihrem Charakter, so dafs von einem Kulturverfahren abgesehen werden konnte.[2] Bemerkenswert ist, dafs die Gonokokken sich nur in dem spontan aus der Fistel entleerenden Eiter vorfanden, während sie in dem durch Druck auf den Fistelgang gewonnenen Sekret nicht zu konstatieren waren.

Es war also kein Zweifel, dafs wir es hier mit einem durch Gonokokken verursachten epididymitischen Abscefs zu thun hatten, der fast ein Jahr nach der Infektion und über vier Monate nach Auftreten der Epididymitis vermittels eines längeren Fistelganges zum Durchbruch gekommen war.

Somit erwies sich die makroskopische Diagnose als irrig (was mich in diesem Falle aus Rücksicht auf den Patienten aufrichtig freute). Doch möchte ich die Möglichkeit eines nebenher verlaufenden tuberkulösen Prozesses nicht ganz von der Hand weisen, obgleich sichere Anhaltspunkte vorläufig dafür fehlen, oder mindestens die Prognose quoad eventuell spätere Umwandlung in Tuberkulose, wie sie ja oft in solchen Fällen vorkommt, zweifelhaft stellen. Aus diesem Grunde und wegen der Infektiosität des gonokokkenhaltigen Sekretes der Fistel riet ich Patienten zu einer operativen Entfernung derselben.

Das wichtigste in dem beschriebenen Falle ist jedenfalls der positive Gonokokkenbefund in dem Abscefseiter, was immerhin eine ziemliche Seltenheit ist.

Es fragt sich nun: Sind wir berechtigt, aus dieser kleinen Reihe von positiven Befunden den Schlufs zu ziehen, dafs alle während einer Gonorrhoe auftretenden Epididymitiden einzig und allein durch die Gonokokkenleiber und nicht durch deren Toxine oder durch andere Ursachen hervorgerufen werden? WITTE bejaht diese Frage mit aller Entschiedenheit, indem er sagt: „Wir sind nun der Meinung, dafs alle gonorrhoischen Epididymitiden durch den Gonococcus selber hervorgerufen werden . . .“[3]

---

[2] Übrigens wurde der Befund durch Untersuchungen im hiesigen hygienischen Institut, wohin der Kollege Eiterproben gesandt hatte, durch Herrn Prof. Dr. LUBARSCH in vollem Mafse bestätigt.

[3] Im Original gesperrt gedruckt.

Ich möchte dieser Ansicht nicht in vollem Maſse beistimmen und zwar aus folgenden Erwägungen:

Es ist allerdings wohl anzunehmen, daſs in der Mehrzahl der untersuchten eitrigen Nebenhodenentzündungen, wo Gonokokken nicht konstatiert werden konnten, diese doch dort vorhanden waren und nur durch ungünstige Verhältnisse oder ungenügende Untersuchungsmethoden nicht gefunden wurden. Auch in meinem Falle erwiesen sich an einem Tage sämtliche Präparate als steril, während Tags zuvor und am nächsten Tage reichliche Gonokokken sich fanden. Ich erinnere mich ferner eines periurethralen Abscesses, in dessen Eiter ich sicher bei stark gonokokkenhaltigem Ausfluſs aus der Harnröhre, Gonokokken erwartete, aber trotz eifrigen Suchens keine fand (Kultur wurde nicht angelegt). In einem anderen analogen Falle fand ich reichliche Gonokokken. Auch in dem Eiter zweier nach dem Rectum durchgebrochener Prostataabscesse war es mir nicht möglich, Gonokokken zu finden, obgleich sie dort vermutlich vorhanden waren.

Aber selbst angenommen, daſs die Gonokokken doch in viel zahlreicheren Fällen, als beschrieben sind, in dem Eiter bezw. in dem Exsudat der Epididymitis vorhanden sind, ohne gefunden zu werden, möchte ich doch nicht in Abrede stellen, daſs es eine Reihe von Fällen giebt, wo thatsächlich trotz bestehender Gonorrhoe die Nebenhodenentzündung doch durch andere Ursachen hervorgerufen wird. Wenn wir bedenken, daſs in der Litteratur Fälle genug beschrieben sind, wo die Epididymitis im Anschluſs an irgend ein Trauma bei gonokokkenfreier Urethritis, oder selbst ohne eine solche — von der gonorrhoischen ganz abgesehen — entstanden ist und ganz unter dem Bilde einer gonorrhoischen verlief (ich selbst beobachtete einen solchen Fall vor zwei Jahren, im übrigen verweise ich auf die Arbeit Poroszs), so werden wir uns vorstellen können, daſs bei bereits gonorrhoisch entzündeter, also gereizter Harnröhrenschleimhaut, auch ohne direktes Überwandern der Gonokokken auf die Samenleiter und Nebenhodenkanälchen, eine entzündliche Schwellung durch irgend einen Reiz reflektorisch hervorgerufen werden kann.

Wir wissen, daſs die Epididymitis gewöhnlich erst auftritt, wenn der Tripper 16—21 Tage bestanden hat (M. v. Zeissl), also Zeit genug gehabt hat, sich in der ganzen Harnröhre auszubreiten. Nun aber erwähnt R. Bergh in seiner Statistik zwei Fälle von Epididymitis, wo diese wenige Stunden, der Ausfluſs mehrere Tage nach einem Coitus auftrat; in zwei anderen Fällen trat die Epididymitis gleichzeitig mit dem Tripper einige Tage nach dem Beischlaf auf. Es ist wohl sicher anzunehmen, daſs in diesen Fällen die Gonokokken noch nicht die Möglichkeit hatten, bis zur pars prostatica vorzudringen, ohne vorher Entzündungserscheinungen in der vorderen Harnröhre hervorzurufen, daſs

also hier trotz gonorrhoischer Infektion der Urethra, die Epididymitis nicht durch Gonokokken verursacht war. (Allerdings ist aus der Statistik nicht ersichtlich, ob in den erwähnten Fällen es sich um eine Neuinfektion handelte oder ob die Gonokokken nicht etwa von einer früheren Gonorrhoe noch in der urethra posterior vorhanden waren.)

Jedenfalls halte ich es trotz meines positiven Befundes aus den erwähnten Gründen für nicht ganz so sicher, dafs alle gonorrhoischen Epididymitiden, wie es die Neisserscbe Schule behauptet, nur durch den Gonokokkus erzeugt werden, vielmehr möchte ich meine Ansicht in folgenden zwei Punkten zusammenfassen:

1. Es ist aufser Zweifel, dafs der Gonokokkus als solcher im stande ist, sowohl seröse als vereiternde Epididymitis zu erzeugen, und zwar durch direktes Überwandern auf den Nebenhoden durch das vas deferens. Dafür sprechen die sieben (inklusive mein Fall) bis jetzt bekannten positiven Gonokokkenbefunde in dem Eiter bezw. Exsudat von Epididymitiden.

2. Es ist aber auch nicht ausgeschlossen, dafs die während einer Gonorrhoe eintretende Epididymitis, auch durch andere Ursachen (Traumen, Cirkulationsstörungen, Toxine, Mischinfektionen) ohne Beteiligung des Gonokokkus hervorgerufen werden kann.

Litteratur.

M. v. Zeissl, Lehrbuch der venerischen Krankheiten. 1902.

Posner, Diagnostik und Therapie der Harnkrankheiten. 1896.

Witte, Zur Pathogenese der gonorrhoischen Epididymitis. *Archiv f. Derm. u. Syph.* 1899. L. Bd., 1. Heft.

Routier, Orchite blennorrhagique supurée. *La médecine moderne.* 1895. No. 57.

Siegfried Grosz, *Wiener klin. Wochenschr.* 1897. No. 46.

Collan, Zur Frage der Pathogenese der gonorrhoischen Epididymitis. *Wiener klin. Wochenschr.* 1897. No. 48.

Colombini, Bakteriologische und experimentelle Untersuchungen über einen merkwürdigen Fall von allgemeiner gonorrhoischer Infektion. *Centralblatt für Bakteriologie.* 1898. No. 25.

Harttung, Gonorrhoische Epididymitis. Verhandlungen der Deutschen dermatologischen Gesellschaft. Sechster Kongrefs zu Strafsburg.

Eraud, Observation d'epidymitide blennorrhagique terminée par suppuration: examen bactériologique et chimique. *Annales des maladies des org. gén.-urin.* 1892.

d'Arlhac, Contribution à l'étude des microorganismes de la blennorrhagie et de l'orchite blennorrhagique. *Thèse de Lyon.* 1892.

Eraud et Hugouneng, *Annales des maladies des org. gén.-urin.* 1893. S. 362.

Carpentier, L'uréthrite blennorrhagique aigue au point de vue bactériologique. *Thèse de Paris.* 1893.

Rollet, Pathologie et traitement de l'épidymitide blennorrhagique. *La Semaine méd.* 1894. S. 229.

R. Bergh, citiert nach M. v. Zeissl, Lehrbuch der ven. Krankh. 1902. S. 108.
Scholtz, Beiträge zur Biologie des Gonococcus. *Archiv f. Derm. u. Syph.* Bd. 49, Heft 1.
Moritz Porosz (-Popper), Über Epididymitis sympathica et blennorrhoica. *Monatsh. f. prakt. Derm.* 1901. Bd. XXXIII, Heft 1.
Wallace, citiert nach M. v. Zeissl l. c. S. 111.

Aus der k. k. Universitätsklinik von Hofrat Professor Neumann in Wien.

Muskelsyphilis im Frühstadium.

Von

Dozent Dr. Rudolf Matzenauer.

Mit einer Farbentafel.[1]

(Schluſs.)

Im Nachfolgenden wollen wir nur auf die Muskelsyphilis im Frühstadium eingehen, wovon ich im Laufe der letzten 6 Jahre etwa 1—2 Fälle jedes Jahr zu beobachten Gelegenheit hatte, was bei dem umfangreichen Syphiliskrankenmateriale unserer Klinik (ca. 3000 Weiber und 4000 Männer, ungerechnet der groſsen Zahl der ambulatorisch behandelten Kranken) gewiſs ein recht seltenes Vorkommen genannt werden kann.

Abgesehen von den syphilitischen Myalgien, die wegen ihrer minderen Bedeutung doch nur ein geringeres klinisches Interesse beanspruchen, wollen wir, da wir die Muskelkontrakturen nur als Folgezustand einer mehr oder minder abgelaufenen chronischen Myositis diffusa betrachten können, an der Ricordschen Einteilung der Myositis syphilitica in eine diffuse interstitielle und in eine cirkumskripte gummöse Form vorläufig festhalten.

In Analogie mit diffus-interstitiellen Erkrankungen anderer Organe infolge Syphilis, z. B. des Hodens und der Leber, wollen wir als Myositis diffusa interstitialis nur jene Fälle verstanden wissen, bei welchen es nicht (wie häufig im Spätstadium) zur Ablagerung eines circumscript knotigen Infiltrates inmitten des sonst erhaltenen und normal funktionierenden Organparenchyms gekommen ist, sondern eine diffuse Schwellung des dadurch in seiner Funktion beeinträchtigten Organes infolge inter-

[1] Siehe das vorige Heft.

parenchymatöser Infiltration vorhanden ist; das vom interstitiellen Gewebe ausgehende Zellproliferat erdrückt bei seinem weiteren Wachstum und seiner eventuell späteren schwieligen Schrumpfung das eigentliche Organparenchym, welches selbst also grofsenteils nur sekundär durch den Prozefs affiziert ist.

Wenn wir daher auch von den bei der Syphilis maligna praecox auftretenden knotigen, sog. gummösen Formen im Frühstadium vorläufig absehen, so dürfen also meine Fälle No. II bis No. XI als Typen der diffusen interstitiellen Myositis gelten.

Da davon, wie erwähnt, histologische Befunde bisher fehlen, und ich infolge des früher noch nicht beobachteten Ereignisses vom Übergang der diffusen Myositis (im Frühstadium) in Eiterung (Fall No. II und III) Geleit hatte, bei der Operation kleine Muskelstücke zur mikroskopischen Untersuchung zu gewinnen, schicke ich gleich den histologischen Befund voraus.

Histologische Untersuchungen über Muskelsyphilis überhaupt hat, wie bereits erwähnt, zuerst VIRCHOW ausgeführt, und zwar an Gummen der Zunge und des Herzens. Nach ihm „geht die entzündliche Neubildung bei Syphilis vom interstitiellen Bindegewebe aus; das Infiltrat greift entweder diffus zwischen den Muskelfascien und Muskelbündeln weiter oder bleibt an einer umschriebenen Stelle angehäuft — Gumma —; dann findet man bei der mikroskopischen Untersuchung einen Herd von Granulationszellen, die von der Mitte aus durch fettige Degeneration und molekularen Zerfall zu Grunde gehen".

Histologische Untersuchungen über Muskelsyphilis im Frühstadium wurden bisher nur von NEUMANN ausgeführt, und zwar hat dieser die Veränderungen am Sphincter ani externus konstatiert bei zwei Kranken, bei welchen er wegen schmerzhafter Fissuren und Rhagaden ad anum im kondylomatösen Stadium die Sphinkterotomie ausführte. NEUMANN fand, dafs zunächst die Blutgefäfse des Perimysium, des intermuskulären Bindegewebes und der Muskelscheiden es sind, von denen aus sich die Infiltration entwickelt. „Man trifft nämlich die einzelnen Muskelbündel, zumal im recenten Stadium, noch ganz intakt und deutlich quergestreift ohne jede Proliferation, während das sie umgebende Bindegewebe erweiterte, vielfach geschlängelte Blutgefäfse mit Wucherung in der Adventitia darbietet, welch letztere sowohl bei Querschnitten, noch mehr aber bei Längsschnitten durch ihre Anordnung längs des Verlaufes des Gefäfses es zweifellos machen, dafs die Blutgefäfse den primären Herd der Erkrankung bilden. Im weiter vorgeschrittenen Stadium findet sich das intermuskuläre Bindegewebe ganz von wuchernden Zellen infiltriert, die einzelnen Bindegewebszüge durch dieselben auseinander gedrängt. Es zeigen sich auch die Kerne des Sarcolemma in Proliferation, die Quer-

streifung getrübt, die Muskelbündel opak, stellenweise ganz geschwunden und nur mehr durch Bindegewebe substituiert."

Meine eigenen histologischen Untersuchungen beziehen sich auf 4 Fälle: 2 Fälle von Myositis diffusa im Frühstadium mit Übergang in Eiterung, 1 Fall von multiplen, erweichten Gummen im Frühstadium (bei Syphilis maligna praecox) — ich habe bei der operativen Eröffnung der Erweichungsherde aus den umgebenden Randpartien kleine Stückchen vom Muskel excidiert — und 1 Fall von verkästen Muskelgummen (bei der Obduktion zufällig gefunden).

Die Präparate von den beiden Fällen diffuser Myositis im Frühstadium zeigen im Übersichtsbild bei schwacher Vergrößerung, namentlich an den Randpartien, wo die entzündliche Schwellung gegen das angrenzende normale Muskelgewebe allmählich ausklingt, eine absolut rein interstitielle Zellinfiltration, so daß das vom bindegewebigen Stützgerüste aus wuchernde Granulationsgewebe wie ein mehr oder minder dichtes Netzwerk erscheint, in dessen Maschenräumen die intakten Muskelbündel liegen. Je weiter man von den Randpartien gegen die Mitte vorgeht, desto deutlicher und fester wird der alveoläre Bau, desto dichter und massiger wird das umgarnende Netzwerk, und desto enger und kleiner werden die umsponnenen Maschenräume. Das proliferierte Zellinfiltrat, welches in seiner Ausbreitung dem fibrillären Bindegewebe folgt, schiebt und drängt sich immer mehr zwischen das Muskelparenchym hinein und isoliert endlich die einzelnen Muskelfasern vollständig, so daß man in den centralen Partien des Präparates nur noch spärliche vereinzelte Bruchstücke von Muskelfasern innerhalb der Masse der dichten Zellanhäufung sieht. An mehr peripher gelegenen Stellen des Präparates sieht man die netzartige Septierung von ungleicher Dicke: oft findet man in der Mitte eines breiten, zellreichen Balkens ein in seinen Wandungen hochgradig verdicktes oder obliteriertes Gefäß mit besonders auffallender adventitieller Wucherung, und von hier aus strahlen nach allen Seiten zartere, zellärmere Septen zwischen die Muskelbündel aus.

Bei stärkerer Vergrößerung erkennt man, daß das zellige Infiltrat fast ausschließlich auf Proliferation der intermuskulären Bindegewebszellen und nur zum geringen Teil auf Exsudation von Leukocyten zurückzuführen ist. An den peripherstен Partien ist das Perimysium leicht ödematös verbreitert (siehe Figur 1 und 2), wodurch die Muskelfasern von einander etwas abgedrängt werden; gleichzeitig tritt eine Vermehrung der Perimysialzellen auf, durch deren weitere Wucherung sich ein junges, lockeres, sehr kernreiches Granulationsgewebe entwickelt, welches eben durch seine interparenchymatöse Ausbreitung die früher erwähnte Netzform gewinnt. Dieses interstitielle Zelleninfiltrat besteht der Hauptmasse nach aus kleinen Plasmazellen; Leukocyten, und zwar kleine, meist einkernige, sind spärlich und

liegen gewöhnlich erst in der Umgebung eines dilatierten Gefäßes; noch spärlicher sind Mastzellen. Riesenzellen fehlen durchaus.

Bei Querschnitten von Gefäßen sieht man mitunter konzentrisch um dasselbe, oft auch nur auf einer Seite in halbmondförmiger Anordnung einen dichten Mantel von Plasmazellen; bei Längs- und Querschnitten flankieren diese das Gefäß. An einzelnen Querschnitten arterieller Gefäße ist die Intima durch Infiltration mit lymphoiden und spindelförmigen Zellen bedeutend verdickt, das Lumen durch lebhafte Wucherung und Desquamation des Endothels nahezu obliteriert.

An Präparaten, welche mit polychromem Methylenblau gefärbt sind, fällt ein ungleich elektives, färberisches Verhalten schon makroskopisch auf; während die peripheren Randpartien des Präparates mit den intakten Muskelbündeln eine blaßgrünblaue Färbung angenommen haben und während die centralen, eitrig eingeschmolzenen Partien mit dem zellreichen Infiltrat tief dunkelblau gefärbt sind, hat die dazwischen liegende Zone einen ausgesprochen violetten Stich. Es zeigt sich, daß hier das Granulationsgewebe weitmaschiger, lockerer ist; die Plasmazellen sind hier üppiger und dicker und in einer ödematös-schleimigen Grundsubstanz eingebettet, welche eben den rötlichen Farbenton angenommen hat; streckenweise sind hier auch viele Muskelfasern dunkler lauchgrün gefärbt als die intakten Muskeln an den Randpartien, sie haben ihre Querstreifung verloren und sehen sulzig, wie gequollen, aus. Unwillkürlich gemahnt diese Erscheinung an die von Ricord und Langebeaux geäußerte Auffassung über die anatomische Natur der Myositis diffusa: „Der ergriffene Muskel erleidet eine bedeutende Veränderung in seiner Textur . . . . . sie besteht in Ablagerung einer eigentümlichen Lymphe, welche die Muskeltextur umwandelt; peu à peu une matière plastique, particulière, se dépose dans le tissu musculaire, l'annihile."

Die Muskelfasern selbst zeigen anfänglich keinerlei Degenerationserscheinungen, noch weniger Entzündungsvorgänge. Je dichter aber das interstitielle Infiltrat wird, desto schmäler werden die umsponnenen Muskelfasern, die dabei noch immer keine Veränderungen in Struktur und Kontur erleiden.

Erst wenn das Infiltrat so dicht geworden ist, daß man nicht mehr ein (interstitiell infiltriertes) Muskelgewebe vor sich hat, sondern eigentlich ein Infiltrat, in welchem nur noch vereinzelt Muskelfasern vorkommen, dann erst treten an diesen Veränderungen auf, welche als degenerative resp. regenerative Vorgänge gedeutet werden müssen (siehe Figur 3).

An den Muskelfasern oder deren Bruchstücken wird die Querstreifung undeutlich, das Protoplasma wandelt sich zu einer weniger gut färbbaren, mehr homogenen oder scholligen Masse um, die wie gequollen erscheint und erfüllt ist mit feineren und gröberen Vakuolen, Lücken oder Hohl-

räumen. Man dürfte wohl nicht fehl gehen, diese Erscheinungen auf geronnene, flüssige Eiweifskörper zu beziehen, welche bei dem Verfall der Muskelfaser sich bilden und allmählich der fettigen Degeneration anheimfallen. Eine wachsartige (hyaline) Degeneration habe ich nie beobachtet.

An denselben Muskelfasern kann man an Längsschnitten — wenn auch nicht sehr häufig — andererseits gleichzeitig regenerative Vorgänge vorfinden: Grofse, epithelartig aussehende Zellen mit bläschenförmigem Kern und feinkörnigem Protoplasma („Muskelzellen") erfüllen mitunter in kurzen Reihen aneinander gegliedert das erhaltene Sarcolemm. Ob diese sog. Waldeyerschen Muskelzellschläuche nun mit Weber und Kraske im Sinne eines regenerativen Prozesses aufzufassen sind, womit die Bildung junger Muskelfasern beginnt, oder ob man nach E. Neumann und Nauwerck in der Bildung der Muskelzellen nur einen Vorgang erblicken darf, „der sich in das Gebiet der atrophischen Wucherung einreihen läfst", wage ich natürlich nicht zu entscheiden; sicher scheint hier jedoch der gröfste Teil dieser Muskelzellen wieder zu Grunde zu gehen, zumal diese Gebilde von dem umgebenden Infiltrat vollständig erdrückt werden.

Jene Partien des Präparates endlich, welche dem Rand des centralen Erweichungsherdes entsprechen, enthalten fast gar keine Muskelbündel mehr, sondern bestehen ausschliefslich aus einem dichten Infiltrate, das zum gröfsten Teil von jenen kleinen Plamazellen gebildet wird, aber hier eine gröfsere Menge meist einkerniger Leukocyten enthält und eine kleine Zahl mehrkerniger Leukocyten oder solcher mit fragmentierten Kernen und endlich Trümmer zu Grunde gegangener Elemente, Zellderivate, Zerfallsprodukte. Von einer wirklichen Eiterung, einer Abscefsbildung im Muskel, kann demnach hier nicht die Rede sein.

Ich habe in beiden Fällen von Myositis diffusa sofort nach der Incison des fluktuierenden Erweichungsherdes den entleerten „Eiter" teils selbst untersucht, teils dem bakteriologischen Institut zur weiteren Verarbeitung übergeben. Die Antwort aus demselben war beide Male etwa gleichlautend: „Der übersandte Eiter, welcher gröfstenteils aus Detritusmassen bestand, erwies sich sowohl mikroskopisch als kulturell bakterienfrei."

Das ganz gleiche Resultat ergaben die eröffneten Erweichungsherde bei dem Fall von Syphilis maligna praecox. Obwohl hier die Entwickelung der Myositis mit Ablagerung eines ziemlich umschriebenen, knotigen Infiltrates innerhalb des sonst nicht affizierten Muskels nach Art der Spätsyphilis einsetzte, gleicht doch der histologische Befund so vollkommen den früher geschilderten Präparaten der Myositis diffusa mit Vereiterung, dafs ich denselben hier nur nochmals wiederholen mufste. Alles findet sich hier genau so wieder, nur in gedrängter Kürze, weil die interstitielle Infiltration nicht so weit in die umgebende Muskulatur hinausreicht. Be-

sonders schön liefs sich aber gerade deshalb an den Präparaten dieses Falles das Ausklingen des interstitiellen Entzündungsprozesses bis ins normale Muskelgewebe verfolgen.

Bei den verkästen alten Gummen endlich war das nekrotische Centrum von einer dicken Schwiele abgekapselt, an deren äufserem Anteil man wieder in gedrängter Kürze die Umwandlung eines dichten Granulationsgewebes zu fibröser Schwiele verfolgen konnte, und andererseits dieses Granulationsgewebe peripher ausstrahlen sah zwischen die Muskelbündel in der früher geschilderten interparenchymatösen Anordnung. An den vorgeschobenen peripheren Randpartien sieht man also überall wieder die interstitielle Einlagerung des Zellproliferates. Nur fehlte hier bei Polychromblaufärbung die rötlich violette Färbung der Übergangszone; entsprechend dem akuten Verlauf der früheren Fälle kam es dort ja zu einer mehr oder minder reichlichen Exsudation und damit zur Imbibition und Kolliquation des Gewebes; hier dagegen bei der langsamen Umwandlung des alten Granulationsgewebes zur schwieligen Narbe sind die proliferierten Plasmazellen weniger succulent, kleiner, wie ausgetrocknet, vielfach in längsovaler Form, Fibroblasten.

Die histologischen Befunde zeigen also, dafs die interstitielle Infiltration des Muskels nicht nur der Frühlues eigentümlich ist, sondern überhaupt die primäre Erkrankungsform ist, mit welcher also auch die Entwickelung eines Muskelgumma einsetzt; seine Entstehung und Ausbreitung ist auf völlig analoge histologische Veränderungen zurückzuführen, wie die Myositis des Frühstadiums, d. h. jeder Gummabildung mufs eine interstitielle Myositis vorausgehen. Man findet daher beim Wachstum eines Gumma, so lange der Knoten nicht durch derbe Schwielen streng abgekapselt ist, immer in der umgebenden Muskulatur die interstitielle Ausbreitung des Infiltrates.

Dieses aber kann sich unter Umständen eben derart verdichten, dafs das eigentliche Organparenchym erdrückt wird, was sich an diesem durch Degenerationserscheinungen infolge Ernährungsstörung kund giebt, und schliefslich vollständig zu Grunde geht und verschwindet; an seine Stelle tritt das neugebildete Granulationsgewebe, welches aber mangels ausreichender Vascularisation im Centrum gleichfalls nekrotisiert. Zu diesem Endprodukt, den Gummiknoten, kann es, mufs es aber nicht in jedem Falle kommen, sondern der Prozefs kann bekanntlich in jeder Etappe entweder spontan oder besonders infolge einer antiluetischen Behandlung zum Stillstand und zur Rückbildung kommen: das proliferierte, interstitielle Zelleninfiltrat wird resorbiert, das bereits zu Grunde gegangene Organparenchym, welches durch neugewuchertes Granulationsgewebe schon substituiert war, wird dann durch ein schwieliges Narbengewebe ersetzt.

Im Frühstadium der Syphilis, bei der eine echte Gummiknotenbildung

noch nicht vorkommt, beruht also die Myositis immer auf einer interstitiellen, aber mehr diffusen, zwischen dem eigentlichen Muskelparenchym fortkriechenden Zellinfiltration; bei der Spätlues beginnt der Prozefs genau ebenso und klingt auch in derselben Weise in der Umgebung des Hauptherdes aus, er führt aber häufig zur Bildung knotiger, durch bindegewebige Schwielen abgegrenzter Tumoren, zumal die Zellproliferationen im tertiären Stadium im allgemeinen gerne auf einen Hauptherd beschränkt bleiben und nicht die Tendenz haben, sich rasch in diffuser Weise wie im Frühstadium auszubreiten, so dafs mangels einer Funktionsstörung der schleichende, schmerzlose Beginn zumeist unbeachtet und unbehandelt bleibt.

Im Frühstadium der Syphilis kommt es also (aufser bei der malignen Form) bekanntlich nicht zur Bildung von streng abgegrenzten Gummiknoten. Tritt eine Myositis auf, so breitet sich das proliferierende, interstitielle Infiltrat zwischen das eigentliche Muskelparenchym auf gröfsere oder kleinere Strecken des befallenen Muskels in mehr diffuser Weise aus, verdichtet sich aber in der Regel nirgends zu massigen, herdförmigen Infiltraten derart, dafs eine centrale Nekrobiose mit Erweichung und Einschmelzung des Gewebes eintreten würde. Infolge der geringeren Intensität des abgelagerten Infiltrates kann dieses leichter und rascher resorbiert werden, so dafs bei leichten und kürzer dauernden Affektionen eine vollständige Restitutio ad integrum möglich ist. In Fällen intensiverer interstitieller Infiltration mit gröfserer Ausbreitung, die oft den ganzen Muskel betreffen kann, und namentlich bei längerer Dauer der Erkrankung mufs natürlich das Muskelparenchym selbst zum Teil leiden und zu Grunde gehen; dementsprechend ist entweder nur für die Dauer der Erkrankung eine vorübergehende Funktionsstörung des Muskels vorhanden, oder es bildet sich infolge der narbigen Schrumpfung des proliferierten Gewebes, welches an Stelle der schon zu Grunde gegangenen Muskelsubstanz getreten ist, eine Muskelcirrhose aus, die sich durch verringerte Kraftleistungsfähigkeit, durch Verminderung des Umfanges oder Verkürzung des Muskels (Kontrakturen) geltend macht.

In selteneren, aufsergewöhnlich vehementen Fällen kann endlich auch schon im Frühstadium bei einem sonst normalen (also nicht malignen) Verlauf der Syphilis die Myositis diffusa durch Verdichtung des Zellinfiltrates ganz analog wie im gummösen Stadium zur Nekrose und Einschmelzung des Gewebes führen.

Da ein derartiges Vorkommnis bisher nicht bekannt geworden ist,[1] bringe ich in Kürze die Krankengeschichten zweier Fälle

---

[1] Neumann hat „Übergang in Eiterung nicht beobachtet und fand auch keinen Fall in der Litteratur verzeichnet. Ob es sich in dem von Courtin mitgeteilten Falle,

von Myositis diffusa, in welchen nach 4, resp. 7 Monaten post infectionem bei einem (auch später noch verfolgten) sonst durchaus gutartigen Syphilisverlauf (also nicht bei Syphilis maligna praecox) eine eitrige Einschmelzung der Muskelsubstanz auftrat, so dafs die operative Eröffnung des fluktuierenden Erweichungsherdes notwendig wurde (siehe die Krankentabellen No. II und III).

Bei der sogenannten Syphilis maligna, bei welcher schon im Frühstadium knotige, sogenannte gummöse und eventuell ulcerös zerfallende Infiltrate in der Haut, Schleimhaut, Periost und anderen Orten abgelagert werden, treten manchmal gleichzeitig auch im Muskel mehr minder umschriebene, gummöse eventuell erweichende Knoten auf. Die gewöhnlich haselnufs- bis nufsgrofsen Knoten resorbieren sich in der Regel während der Behandlung wieder, ohne wesentliche Schmerzen oder Funktionsstörungen verursacht zu haben. Derartige Fälle sind von Notta, Mauriac, Neumann mitgeteilt worden.

In meinem Falle von Syphilis maligna praecox (siehe Krankengeschichte No. I) traten in verschiedenen Muskeln sowohl diffuse Schwellungen, als auch knotige Infiltrate auf, von welch letzteren zwei zur Erweichung kamen, so dafs deren operative Eröffnung notwendig wurde.

Ein ähnliches Ereignis wurde bisher nur in dem Falle Neumanns bekannt, wo von den multiplen Muskelgummen (im Frühstadium) eines (im Extensor digitorum communis) gleichfalls spontan eitrig einschmolz.

Als Erscheinungsformen der Syphilis maligna praecox dürften übrigens auch die Fälle von Ostermeyer anzusprechen sein, bei welchen eine diffuse und gummöse exulcerierte Myositis „in kombinierter Form“ aufgetreten war und zwar schon im Frühstadium.

Lewin hat in seiner bekannten Arbeit 45 Fälle aus der Litteratur bis zum Jahre 1891 zur Myositis syphilitica diffusa sive interstitialis gezählt, einschliefslich seiner eigenen sechs Beobachtungen. In seiner Statistik hat Lewin alle bis dahin publizierten Fälle von interstitiellen Muskelerkrankungen aufgenommen und nur die eigentlichen Muskelgummen davon ausgenommen. Lewin stand dabei auf dem allerdings vollständig richtigen Standpunkte, dafs eine scharfe Trennung der diffusen interstitiellen von der gummösen Form der Muskelsyphilis nicht gemacht werden dürfe: „Jeder Gummibildung, also auch der in den Muskeln, mufs eine irritativ diffuse Erkrankung des betreffenden Organes vorausgehen. So entwickelt

in dem eine Suppuration eintrat, um einfache Myositis handelte, ist mir nicht bekannt, da die Originalmitteilung mir leider nicht zur Verfügung stand“.

In seinem „Lehrbuch der Syphilis“, II. Aufl., 1899, p. 742, erwähnt jedoch schon Neumann: „Einen Fall mit Vereiterung des Gastrocnemius habe ich beobachtet.“

Es ist dies der eine von beiden Fällen, deren Krankengeschichten ich hier bringe.

sich z. B. vor Ausbreitung des Gummiknotens in der Leber und dem Hoden stets eine interstitielle Hepatitis oder Orchitis." „Übrigens scheint uns die Untersuchung, ob die Myositis diffusa zu den sekundären oder tertiären Symptomen gehöre, gegenstandslos zu sein, da die RICORDsche Einteilung, wenn auch populär sehr verbreitet, wissenschaftlich keinen Wert hat."

LEWIN hat also die Myositis nicht nach dem sekundären und tertiären Stadium in eine Frühform und eine Spätform unterschieden, sondern in eine interstitielle sive diffuse und gummöse Form. In seiner Statistik sind daher eine grofse Zahl von Fällen verzeichnet, welche er zur interstitiellen diffusen Myositis zählt, wenngleich sie sich erst im Spätstadium der Syphilis entwickelt haben, und wenngleich neben der diffus-interstitiellen Erkrankung noch aufserdem Gummen bestanden oder letztere sich aus ersterer entwickelt hatten.

Spätere Autoren haben aber nicht wie LEWIN ausschliefslich die eigentlichen Gummen im Muskel von der diffusen interstitiellen Myositis abgetrennt, sondern auch die überhaupt im gummösen Stadium auftretende Myositis als Myositis gummosa der diffusen interstitiellen Myositis gegenübergestellt und dieselbe als die „Muskelerkrankung der Spätlues", die interstitielle Myositis als die „Muskelerkrankung der Frühlues" bezeichnet; man hat nun sämtliche von LEWIN in seiner Arbeit über Myositis diffusa interstitialis herangezogenen 45 (eigentlich 47) Fälle als Paradigmen der rein diffusen Myositis zählen zu müssen geglaubt und diesen also die gummöse Myositis gegenübergestellt.

Wenn wir von der eigentlichen Gummibildung im Muskel absehen, so ist aber, wie LEWIN selbst schon betont hat und wie meine histologischen Befunde zeigen, eine scharfe Trennung der Myositis diffusa sive interstitialis von der Myositis gummosa gar nicht zu machen. Denn der Prozefs ist dem Wesen nach in jedem Falle der gleiche: Die Infiltration des Muskels nimmt immer von einer interstitiellen Zellproliferation den Ausgangspunkt, mag sie sich nun weiterhin wie im Frühstadium mehr diffus ausbreiten, oder wie im Spätstadium zu einem Gumma verdichten und beschränken; die histogenetische Entwickelung ist in allen Stadien die gleiche.

Ein Versuch, die Myositis interstitialis von der Myositis gummosa auseinander zu halten, und erstere für die Erkrankungsform des Frühstadiums, letztere für jene der Spätlues hinzustellen, ist, da das Gumma im Muskel nur das Endprodukt des ursprünglich wesentlich gleichen Prozesses darstellt, daher durchaus willkürlich und gekünstelt.

Es läfst sich auch leicht zeigen, dafs die LEWINsche Statistik durchaus nicht die Fälle von ausschliefslich diffuser Myositis umfafst und noch weniger jene des Frühstadiums, da ein Teil jener Fälle als sichere Muskel-

gummen anzusprechen ist und bei vielen Beobachtungen nähere Details über Beginn, Verlauf und Ausgang der Affektion, sowie namentlich über die Dauer der Syphilis, die vielfach bis dahin unbeachtet und unbehandelt blieb, vollständig mangeln.

Schon HONSELL hat deshalb aus der LEWINschen Statistik über vermeintlich ausschliefslich diffuse Muskelerkrankungen eine ganze Reihe von zweifelhaften Fällen oder sicher gummösen Formen ausgeschieden, auf die ich hier nicht nochmals einzugehen brauche.

Als sicher myositischen Ursprungs (Myositis diffusa) möchte HONSELL nur 18 Fälle der LEWINschen Kasuistik betrachten, einschliefslich der sechs eigenen Beobachtungen LEWINS. Aber auch diese zwölf, abzüglich der sechs LEWINschen Fälle, sind bezüglich ihrer Würdigung nocht recht diskutabel.

Denn der Fall No. 28 DUPLAY et REGNIER (von der LEWINschen Statistik) betrifft einen Schlosser, welcher vier Jahre nach der Syphilisinfektion sich selbst mit einem unreinen Instrument einen kleinen Abscefs in der Achselhöhle eröffnet hatte. Im Anschlufs daran kam es zu einer ausgedehnten Phlegmone mit starkem Fieber und reichlicher Eiterung; nach einem Monate war die Phlegmone bis auf eine Fistel geheilt. Beim Einführen eines Drainrohres konstatierte nun zufällig einer der Ärzte, dafs der M. pectoralis eine beträchtliche Härte zeige und an Dicke zugenommen habe. Nach einmonatlicher Behandlung mit Protojoduretpillen trat erst vollständige Heilung ein. Ob hier wirklich eine syphilitische Myositis infolge lang andauernder Reizwirkung sich entwickelt hatte, oder ob jene Härte und Verdickung des Muskels nicht einfach durch Schwielengewebe um die ausgranulierende Abscefshöhle bedingt war, geht aus der Beschreibung nicht hervor.

In ähnlicher Weise scheint mir der Fall von JULLIEN nicht rein, bei welchem es zu einer Myositis syphilitica des M. serratus maj. kam, ebenfalls nach Bubo axillaris.

Unter den fünf Fällen NEUMANNS sind vier mit Myositis des Sphincter ani externus; von diesen Fällen möchte ich hier vorläufig auch absehen, weil die auf eine syphilitische Myositis des Sphincter bezogenen heftigen Schmerzen im After (bei Berührung und namentlich bei der Defaecation) und der lang anhaltende Tenesmus doch wohl auf die in jedem Falle besonders hervorgehobenen Rhagaden, Fissuren und Fisteln ad anum (bei den zufällig luetischen Individuen) zurückzuführen sind.

Es ist die LEWINsche Bezeichnung Myositis interstitialis sive diffusa verhängnisvoll geworden, indem zwar jede Myositis interstitiell, aber nicht jede diffus sein mufs.

Eine auffällige, beachtenswerte Eigentümlichkeit der Muskelsyphilis ist es, dafs sie im Frühstadium gerne in mehr diffuser Weise relativ rasch sich ausbreitet, nicht selten einen Muskel seiner ganzen Ausdehnung nach befällt und denselben daher in seiner Funktion beeinträchtigt, während sie im Spätstadium zumeist langsam sich entwickelt, gerne auf einen bestimmten Herd im sonst intakten und normal funktionierenden Muskel beschränkt bleibt.

Von dieser Erfahrung ausgehend kann man, anstatt eine interstitielle Myositis der gummösen Form gegenüberzustellen, die diffuse Erkrankung, wie sie meist im Frühstadium zur Beobachtung kommt, von den eigentlichen Muskelgummen (im Spätstadium) auseinanderhalten.

Aber auch wenn man von diesem Gesichtspunkte aus versucht, die in der Litteratur publizierten Fälle von typischer Myositis diffusa zusammenzustellen, muſs man groſsen Schwierigkeiten begegnen und der Natur eigentlich Gewalt anthun, nur dem Bestreben zuliebe, die wechselvollen Erscheinungen in ein Schema zu bringen; denn viele Übergangsformen kamen namentlich im Spätstadium zur Beobachtung, wo aus der anfangs mehr minder ausgesprochenen diffusen Erkrankung sich allmählich Muskelgummen heraus entwickelten, oder wo umgekehrt neben einem exulcerierten Muskelgumma und in der Umgebung desselben eine mehr weniger ausgebreitete diffuse Infiltration des Muskels bestand.

So z. B. haben wir die Entstehung von Muskelgummen aus einer anfangs diffus auftretenden Myositis in unserem Fall No. X und XI (siehe die Krankengeschichten) direkt verfolgen können; in dem einen Falle trat sechs Jahre nach der Syphilisinfektion gleichzeitig mit Hautgummen eine anfangs diffuse Myositis des rechten Gastrocnemius auf, die den Patienten am Gehen behinderte, die sich aber allmählich bis zu einem nuſsgroſsen, schmerzlosen Knoten oberhalb des Ansatzes der Achillessehne rückbildete, der dann längere Zeit persistent und gegen die Behandlung refraktär blieb, ohne jedoch irgendwie beim Gehen zu behindern. Im anderen Falle trat fünf Jahre post infectionem in beiden Gastrocnemii symmetrisch nacheinander eine diffuse Schwellung auf, welche auf einer Seite vollständig, auf der anderen Seite bis auf zwei nuſsgroſse, derbe Knoten im rechten Gastrocnemius zurückging. Hätten wir diese beiden Fälle zuerst mit den circumscripten Knollen im Muskel gesehen, so würden wir sie unbedingt als Muskelgummen bezeichnet haben; ich habe sie aber nach ihrem Beginn mit diffuser Muskelschwellung in meine Tabelle einreihen können; Fall XII mit diffuser und gummöser Myositis im Sternocleidomastoideus habe ich dagegen nicht hierin aufgenommen, und ebensowenig die Fälle von Ostermayer, Bramann, Bier u. a.

Umgekehrt braucht die Myositis im Frühstadium sich nicht in diffuser Weise über den ganzen Muskel oder über einen groſsen Teil derselben auszudehnen, sie kann auch auf kleine, bis nuſsgroſse Herde beschränkt bleiben (Fall VIII und VII), die dann die Funktion des betreffenden Muskels nicht behindern, auch nicht schmerzen, sondern sich nur durch ein fremdartiges Gefühl dumpfer Spannung bemerkbar machen.

Auf die gleiche Beobachtung der Umwandlung einer diffusen Myositis in ein Muskelgumma macht übrigens schon Neumann bei seinem

Fall von maligner Syphilis aufmerksam: „Auffallend ist . . . ferner die Beobachtung, wie sich aus einem nicht begrenzten, diffusen Infiltrate allmählich eine circumscripte Geschwulst heranbildet.“

Wenn ich es daher gleich Lewin abermals unternahm, eine Zusammenstellung der Fälle von Myositis diffusa (nicht interstitialis, da diese Bezeichnung eo ipso jeder Myositis zukommt) zu bringen, so bin ich mir zwar wohl bewufst, dafs meine Übersichtstabelle sowohl keinerlei Anspruch auf Vollständigkeit erheben soll, als auch viele Fälle in vielleicht ungerecht willkürlicher Weise unberücksichtigt und ungezählt läfst; dennoch glaube ich, dafs eine derartige übersichtliche Zusammenstellung einigermafsen Interesse bieten mag, zumal sich dabei etwas abweichende Resultate von der bisherigen Anschauung über Muskelsyphilis im Frühstadium ergeben.

Ich rechne hierher aus der Lewinschen Statistik die 4 Fälle von Notta, 11 von Mauriac, 1 von Neumann und die 6 Fälle von Lewin selbst. Aus neuerer Zeit kommen nach Lewin noch hinzu 2 Fälle von Honsell, je 1 Fall von Köbner, Hulisch, Rosenthal, Rosenfeld.

Den Fall von Tichow (Geschwulst im Masseter) habe ich ebensowenig hierher gezählt wie die Fälle von Guyot, trotz der anatomischen Diagnose „Myositis syph. interstitialis“, da ja der histologische Befund auch bei einem Muskelgumma nur so lauten kann, so lange dasselbe nicht durch feste Schwielen abgekapselt oder gar schon im Centrum erweicht oder verkäst ist. Für die Auffassung dieses Falles als ein Gumma spricht der Umstand, dafs die Konsistenz eine „feste, fast knöcherige“ war und die klinische Diagnose auf Osteosarkom lautete.

Ich rechne endlich von meinen 13 Eigenbeobachtungen 11 Fälle zur

Myositis diffusa.

Autor	Alter und Geschlecht des Kranken	Zeit seit der Infektion	Befallene Muskeln	Normaler oder maligner Verlauf der Syphilis
1. Notta	26. W.	im 1. Jahre	R. Biceps u. Extens. d. Fing.	Syph. mal. (?)
2. „	22. W.	8 Mon.	R. Biceps u. Supinator long.	
3. „	23. M.	2 Jahre	L. Biceps	Syph. maligna
4. „	32. W.	2 Jahre	R. Biceps	Syph. maligna
5. Mauriac	21. M.	3 Mon.	R. u. L. Biceps	
6. „	27. M.	7 Mon.	L. Biceps	Syph. maligna
7. „	? M.	9 Mon.	R. Biceps	
8. „	16. M.	1¼ Jahre	L. u. R. Biceps	
9. „	23. M.	8½ Mon.	R. Biceps	
10. „	40. M.	6 Mon.	L. Biceps	
11. „	16. M.	3½ Mon.	L. Triceps	
12. „	29. M.	1 Jahr	L. Biceps und Triceps	
13. „	20. M.	3 Mon.	Muskeln des l. Armes	
14. „	45. M.	3 Mon.	L. Biceps	
15. „	20. M.	5 Mon.	L. Biceps	

Autor	Alter und Geschlecht des Kranken	Zeit seit der Infektion	Befallene Muskeln	Normaler oder maligner Verlauf der Syphilis
16. Neumann	—	8½ Mon.	Extensor digitorum comm.	Syph. maligna
			Quadriceps	Erweichung i.
			Biceps femoris	Extensor dig.
17. Lewin	21. M.	5 Mon.	L. Biceps u. Schultermusk.	
18. „	36. W.	8 Jahre	L. Gastrocnemius	
19. „	26. W.	1½ Jahre	R. Gastrocnemius	
20. „	23. W.	4 Jahre	R. Deltoideus	
21. „	28. M.	2½ Jahre	L. Masseter, Temporal., Pterygoid. intern.	
22. „	39. W.	11 Jahre	R. Gastrocnemius	
23. Köbner	58. W.	? Spätstad.	L. Sternocleidomastoideus	
24. Hulisch	—	—	Biceps	
25. Rosenthal	? M.	2½ Jahre	L. Gastrocnemius	
26. Rosenfeld	—	4 Jahre	Biceps brachii	
				Syph. maligna
27. Matzenauer	28. M.	6 Mon.	R. Gastrocnemius	Erweichung
			R. Biceps	
			R. Triceps	
			R. Rectus cruris	Erweichung
			R. Vastus internus	
28. „	23. W.	4 Mon.	R. Gastrocnemius	Erweichung
			L. Gastrocnemius	
29. „	19. W.	7 Mon.	L. Adductor longus	Erweichung
30. „	34. M.	5 Mon.	R. u. L. Gastrocnemius	
31. „	21. M.	3 Mon.	R. Sartorius	
32. „	25. M.	3 Mon.	L. Biceps	
33. „	22. M.	2½ Mon.	L. Triceps	
34. „	22. M.	3 Mon.	R. Gastrocnemius	
35. „	39. M.	3 Jahre	L. Vastus internus	
36. „	29. M.	6 Jahre	R. Gastrocnemius	
37. „	38. W.	5 Jahre	R. u. L. Gastrocnemius	

Die diffuse Myositis entwickelte sich also bei den 37 Fällen

in 10 Fällen nach 2½— 4 Monaten post infectionem
„ 12 „ „ 5—12 „ „ „
„ 3 „ „ 1— 2 Jahren „ „
„ 3 „ „ 2— 3 „ „ „
„ 4 „ „ 3— 4 „ „ „
„ 5 „ später als 4 „ „ „

In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle kam also die diffuse Myositis schon innerhalb des ersten Krankheitsjahres der Syphilis zur Beobachtung: 22mal bei den 37 Fällen.

Nach der Lewinschen Statistik verteilte sich das chronologische Verhältnis bei 30 Fällen, in welchen die Zeit der Infektion bekannt war, derart, dafs die Myositis in 15 Fällen innerhalb des ersten Jahres, sechsmal nach 1—2 Jahren, fünfmal nach 3—4 Jahren und viermal nach 8—15 Jahren auftrat.

Honsell aber kommt nach seiner rektifizierten Lewinschen Statistik zu folgendem Schlufs: „Mir sind nur zwei Fälle sicherer, hierher gehöriger Myositis bekannt, in welchen seit der Infektion weniger als ein Jahr vergangen war (Fälle von Mauriac und Lewin; viermal lag die Zeit der Ansteckung 2—4 Jahre, fünfmal über 8 Jahre zurück.

Bei 37 Fällen betraf die Erkrankung 18 mal den Biceps brachii, und zwar den

R.	Biceps	in	6	Fällen
L.	„	„	8	„
R. u. L.	„	„	2	„
?	„	„	2	„

Der Gastrocnemius war der zunächst häufigst befallene Muskel; in zehn Fällen war erkrankt der

R.	Gastrocnemius	5	mal
L.	„	2	„
R. u. L.	„	3	„

Der Triceps brachii war viermal Sitz der Affektion, einmal gleichzeitig mit dem Biceps.

Der Quadriceps gleichfalls viermal, davon einmal der Rectus cruris, einmal der Vastus internus.

Sonst waren noch betroffen der Extensor digitor. comm., Supinator longus, Sternocleidomastoideus, Masseter, Biceps femoris, Sartorius, Adductor longus, Deltoides.

In 24 Fällen war die Myositis auf einen Muskel beschränkt, fünfmal trat die Erkrankung symmetrisch bilateral auf, achtmal in verschiedenen Muskeln gleichzeitig oder bald nacheinander.

Unter den 37 Fällen sind sechs von Syphilis maligna praecox; bei vier Fällen davon waren gleichzeitig mehrere Muskeln affiziert (in meinem Fall No. I der Gastrocnemius, Biceps, Triceps, Rectus cruris, Vastus internus); dabei kann gleichzeitig eine diffuse Myositis in einem Muskel und ein knotig-gummöses Infiltrat in einem anderen Muskel vorkommen (Neumann, mein Fall).

Eitrige Einschmelzung, Erweichung im Frühstadium kam in zwei Fällen bei Syphilis maligna vor (Neumann, mein Fall und zwar an zwei verschiedenen Muskeln), bei sonst normalem Verlauf der Syphilis nur in meinen beiden Fällen No. II und III im fünften resp. siebenten Monat post infectionem.

Litteratur.

Alsberg und Leisrink, Gumma der Muskulatur des Unterschenkels; Exstirpation mit dem scharfen Löffel; Heilung. *Archiv f. klin. Chir.* 1882—1883. Bd. 28, S. 739.

Andronico, La sifilide del sistema muscolare. *Gass. med. di Torino.* 1886.

Ballivet, Tumeurs syphil. du sterno-mast. *Thèse.* Lyon 1878.

Barrs, A case of permanent contraction of the fingers, due to syphilitic myositis and neuritis. *Med. Chronicle.* Manchester 1891.

Bastard, Atrophie et contracture musculaire de nature syphilitique. *Union méd.* 1879. S. 2.

Batut, De la Sterno-myosite syphilitique. *Journ. d. mal. cut. et syph.* Paris 1895. VII, S. 394.

Bier, Beitrag zur Kenntnis der Syphilome der äufseren Muskulatur. *Mitteil. d. chir. Klinik zu Kiel.* 1888. S. 159.

Bouisson, Mémoire sur les tumeurs syphilitiques des muscles et de leurs annexes. *Gas. méd. de Paris.* 1846. No. 28.

— Tribut à la chirurgie. Tome I. Montpellier 1858. S. 527.

Boyer, Traité pratique de la syphilis. Paris 1836. S. 167.

— Lettres sur la contracture musculaire syphilitique. *Gas. méd. de Paris.* 1842. S. 576.

Bramann, Über Gummigeschwülste in Muskeln. Vortrag. *Berl. klin. Wochenschr.* 1889. S. 120. Diskuss. S. 264.

Breda, Pratico delle malattie veneree e sifilitiche. Padova 1887. S. 475.

Campana, Dei morbi sifilitici e venerei. Genova 1889. S. 141.

Cesbron, Étude sur la contracture musculaire syphilitique. *Thèse.* Paris 1879.

Courtin, Myosite syphilitique suppurée et affection cardiaque concommitante. *Journ. de méd. de Bordeaux.* 1879—80. IX.

Derville et Vallin, Myosite gommeuse de l'avant-bras. *Journ. d. sciences méd. de Lille.* 1894. I.

Du Castel, Gommes syphilitiques; atrophies musculaires multiples. *Bullet. de la soc. franç. de derm. et syph.* Paris 1896. VII, S. 477.

Dujardin-Beaumetz, Syphilitic-Myositis. *Twentieth Century practice of Medicine.* 1897. Vol. II. S. 602.

Dunn, Gummatous tumours of muscles. *The Lancet.* 1883. II, S. 899.

Dupley-Regnier, Myosite syphilitique diffuse. *Archiv. générales de méd.* Paris 1879. I. S. 731.

Duplay-Netter, Deux observations de myosite syphil. *Arch. général.* 1880. II, S. 218.

Eger, Ein Beitrag zur Kenntnis der circumscripten Muskelgummata im Anschlufs an eine Beobachtung solcher in der Halsmuskulatur. *Dtsch. med. Wochenschr.* 1896. S. 565.

Elsenberg, Ein Fall von syphilitischem Gummata der Larynxmuskeln. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1894. Bd. 29, S. 57.

v. Esmarch, Zur Diagnose der Syphilome. *Arch. f. klin. Chir.* 1895. Bd. 50, S. 646.

Finger, Diskussion zu Neumanns Vortrag über Myositis syphilitica. *Wien. med. Wochenschr.* 1884. S. 223.

Fournier, Leçons sur la syphilis. 1873. S. 718.

— Des affections du système locomoteur dans la période secondaire. *L'Union méd.* 1873. No. 21—49.

Gennersich, Gummata in den Körpermuskeln und in der Brustdrüse. *Orvosi hetilap.* Budapest 1897.

Guibout, *L'Union méd.* 1879. Ref. *Wien. med. Wochenschr.* 1879. S. 941.

Guyot, Du resserrement de la mâchoire dû à la syphilis, myosite du masseter, tumeurs gommeuses de la joue. *Gas. méd.* 1873. T. II, S. 603 und *L'Union méd.* 1873. S. 609.

— Myosite syphilitique. *Bull. et Mém. de la soc. méd. des hôp. de Paris.* 1885. II, S. 224.

Haberstolz, Ein Fall von schwerer Muskelgummose. Diss. Jena 1883.

van Harlingen, Three cases of syphilitic muscular contraction. *Amer. Journ. of the med. sc.* 1880. N. S. 129, S. 399.

Herrick, Polymyositis acuta, with report of a case presumable of syphilitic origin (Myositis syphilitica). *Amer. Journ. of the med. sc.* 1896. S. 414.

Honsell, Beitrag zur Kenntnis der diffusen, syphilitischen Muskelentzündung. *Beitr. zur klin. Chir.* 1898. Bd. 22, S. 502.

Hulisch, Über Myositis fibrosa specifica. Diss. Berlin 1891.

Hutchinson, Fall von Geschwulst, wahrscheinlich syphilitische Ablagerung im Sterno-cleidomastoideus. *Med. Times and Gas.* London 1873.

Jacobson, Syphilitic myositis. *Brit. med. Journ.* 1879. I, S. 271.

Jullien, Traité des mal. vén. 1886.

Köhler, Muskelsyphilis und Actinomykose. *Charité-Annalen.* Berlin 1886. XIII, S. 609.

— Muskelsyphilis. *Berl. klin. Wochenschr.* 1892. XXIX, S. 162. Diskuss. S. 174.

Lagneau, Traité pratique des mal. syph. Paris 1828. S. 448.

Lange, Specific myositis of the gastrocnemius. *New York med. Journ.* 1884. I, S. 367.

v. Langenbeck, Über Gummigeschwülste (Granulome, Syphilome). *Arch. f. klin. Chir.* 1881. Bd. 26, S. 265.

Lecuyer, Des gommes du sterno-cleido-mastoidien. Paris 1881.

Le Dentu, Myosite syphil. du muscle jumeau externe. *Gas. des hôp.* 1875. Bd. 48, S. 433.

— Des Syphilomes musculaires au point de vue chirurgical. Congr. internat. 1889. *Comptes rendus.* 1890. S. 653.

— Tumeur syphil. des muscles du mollet; guérison par le traitement spécifique. *Ann. de derm. et syph.* 1890. I, S. 61.

Leisrink und Alsberg, siehe Alsberg.

Lewin, Über Myositis syphil. diffusa s. interstitialis. *Charité-Annalen.* 1891. Bd. 16, S. 753.

Lorenz, Die Muskelerkrankungen. I. Teil. S. 217—238. *Nothnagels spec. Path. u. Therap.* 1898.

Lusitanus, Aphrodisiacus sive de Lue venerea. Lugd. Batav. 1728.

Mansuroff, Über Syphilis des Zellgewebes und der Muskelscheiden. *Klin. Sbornik po derm. i sifil.* Moskva 1889.

Mauriac, Leçons sur les myopathies syphilitiques. *Ann. de derm. et syph.* 1875/76. S. 250, 339, 425. 1876/77. S. 5, 137, 182, 269, 339, 452.

Moeller, Tuméfaction du muscle sternocleidomastoidien chez les enfants. *Journ. méd. de Bruxelles.* 1875. S. 543.

Nélaton, Tumeurs syphilitiques des muscles. *Gas. des hôp.* 1851. S. 349.

— Tumeur syphil. du sternomastoidien. *Gas. des hôp.* 1858. No. 6.

— Tumeurs syphil. musculaires. *Gas. des hôp.* 1861. No. 59 u. 87.

— Myosite syphilitique. *Gas. des hôp.* 1867. No. 11.

Neumann, Über syphilitische Muskelentzündung. *Anzeiger d. k. k. Ges. d. Ärzte in Wien.* 1883/84. S. 85.

— Über syphilitische Erkrankung der Muskeln. *Wien. med. Blätter.* 1884.

Neumann, Beitrag zur Kenntnis der Myositis syphil. *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1888.
— *Lehrbuch der Syphilis.* 1896. S. 787.
Notta, Mémoire sur la retraction musculaire syphil. *Archives générales.* 1850. T. 24, S. 413.
— Observation de rétraction muscul. syph. *Monit. des hôp.* 1853. S. 477.
Ostermayer, Beitrag zur Kenntnis der syphilit. Muskelentzündung (Myositis syphilitica). *Arch. f. Derm. u. Syph.* 1892. Erg.-H. II, S. 13.
Perez-Noquera, Contractura muscular sifilitica. *Med. milit. espan.* Madrid 1897.
Prost, Contribution à l'étude de myopathie syphilitique. *Thèse.* Paris 1891.
Richet, Tumeurs gummeuses du triceps fémoral. *Gas. des hôp.* 1880. Bd. 53, S. 997.
Ricord, Sur la retraction musculaire syphilit. et son traitement. *Gas. de hôp.* 1842. S. 98.
Robert, Tumeur syph. développée dans les muscles du mollet droit. *L'Union méd.* Paris 1859. No. 37.
Rosenfeld, *Münch. med. Wochenschr.* 1892. S. 710.
Rosenthal, *Berl. klin. Wochenschr.* 1891. S. 74.
Ruschhoff, Über Syphilome des M. Sternocleidomastoideus nebst zwei Fällen. Inaug.-Diss. Greifswald 1890.
Sardou, Gommes du conturier. *Ann. de derm. et syph.* 1887. 2. Sér. VIII, S. 406.
Schulz, Über Syphilome des M. Sternocleidomastoideus. Diss. Greifswald 1897.
Taylor, Induration of the sternomastoid muscle. *Transact. of the pathol. soc.* 1875. Bd. 26, S. 324.
Tichow, *St. Petersb. med. Wochenschr.* 1893. Russ. Litt., S. 39.
Virchow, Über die Natur der konstitutionellen syphilit. Affektionen. *Virchows Arch.* 1858. Bd. 15, S. 282.
— Die krankhaften Geschwülste. 1864. II, S. 437.
v. Zeissl, *Lehrbuch der Syphilis.* 1902. S. 402.

Erklärung der Abbildungen.

Fig. 1. Myositis diffusa. Randpartie. Färbung nach van Gieson. Längs getroffene Muskelfasern. Im oberen Teil des Präparates ein Gefäfs, in dessen Umgebung ein reichliches Zellproliferat liegt, welches entsprechend dem interstitiellen Gewebe zwischen die Muskelbündel ausstrahlt, so dafs diese durch verschieden dicke Septen jungen Granulationsgewebes auseinander gedrängt werden.

Fig. 2. Randpartie desselben Präparates mit quer getroffenen Muskelfasern. In der Umgebung eines Gefäfses (im unteren Teil des Präparates) liegt wieder ein dichtes Zellinfiltrat, welches sich zwischen den einzelnen Muskelbündeln verfolgen läfst; das interstitielle Granulationsgewebe wird nach der Peripherie hin immer lockerer und leicht ödematös. An den peripheren Partien sieht man, dafs die neugebildeten Zellen durch Vermehrung der Perimysialzellen entstanden sind. Die einzelnen Muskelfasern werden hier durch ein Ödem des Perimysium und durch die von demselben proliferierten Zellen auseinander gedrängt.

Fig. 3. Myositis diffusa. Centrale Partie. Färbung mit Hämatoxylin-Eosin. In dem dichten, hauptsächlich aus kleinen Plasmazellen bestehenden Zellinfiltrat liegen einzelne längs- und quergetroffene Muskelfasern, welche degenerative und regenerative (?) Veränderungen zeigen. Im Präparat links unten in der Gabel zwischen den dichteren Zellbalken liegt eine längs getroffene Muskelfaser, erfüllt mit

in Gruppen stehenden grofsen epitheloiden Zellen (sog. Muskelzellen), die sich zu kurzen Reihen aneinander gliedern (sog. Waldeyerscher Muskelzellschlauch). An den quer- und schräg getroffenen Muskelfasern, resp. deren Bruchstücken, hat sich das Protoplasma zu einer weniger gut färbbaren, mehr homogenen oder scholligen Masse umgewandelt, die wie gequollen erscheint und erfüllt ist mit feineren und gröberen Vacuolen, Lücken und Hohlräumen. Diese Veränderungen, welche auf geronnene flüssige Eiweifskörper zu beziehen sind, zeigen den fettigen Verfall der Muskelfasern.

Versammlungen.

Berliner dermatologische Gesellschaft.

Sitzung vom 4. November 1902.

Originalbericht von Dr. Felix Pinkus.

Der Vorsitzende gedenkt des verstorbenen Mitgliedes Geh.-R. Prof. Dr. C. Gerhardt und widmet einen warmen Nachruf Rudolf Virchow, welcher Ehrenmitglied der Gesellschaft gewesen ist.

1. Buschke demonstriert einen Mann mit universellem **Lichen ruber planus**. Dieser ausgebreiteten Eruption ist ein, gewissermafsen als Primärläsion, lange Zeit isoliert bestehender Lichen ruber verrucosus an den Unterschenkeln vorausgegangen. Das Exanthem bietet als Besonderheit ausgedehnte **Hyperkeratosen an Fufssohlen und Handtellern** dar, unter welchen **Blasen** sich entwickelten. Bis zu diesem Moment war sicher **kein Arsen** gebraucht worden. Als Arsen zum ersten Male angewandt wurde, trat sofort eine Verschlimmerung der letztgenannten Symptome ein. Nachdem diese durch einfache antiphlogistische Behandlung ziemlich geschwunden waren, wurde Arsen gut vertragen und mit Erfolg angewandt.

Diskussion: Lesser erwähnt einen Fall, dessen Erkrankung anfangs in reiner Blasenbildung bestand und in welchem erst nachträglich auftretende Lichen planus-Efflorescenzen die Bedeutung der Blasen aufklärten.

2. Buschke demonstriert einen Mann mit multiplen **Fibromata mollusca** und circumscripten Hautdepressionen, welche als **Hauttrophie** zu deuten sind.

3. Buschke demonstriert einen Mann mit einer Veränderung der Unterschenkelhaut, die als Folge von Zirkulationsstörungen, als eine Stauungsdermatose, aufzufassen ist. Vortragender ist geneigt, die Affektion mit der **cyanotischen Induration Virchows** der inneren Organe zu vergleichen. Das Leiden besteht seit 5 Jahren, stellt sich als brettartige Verhärtung und Atrophie der Haut mit starker Cyanose dar. Entzündliche Prozesse seien nie vorhanden gewesen.

Diskussion: Pinkus möchte einen Teil der Veränderungen als elephantiastisch bezeichnen. Mit der cyanotischen Induration sind Dermatosen häufiger verglichen worden, die mikroskopische Untersuchung hat aber stets ein einfaches Ödem, keine Bindegewebswucherung ergeben.

Lesser und Buschke bemerken, dafs die Diagnose der Elephantiasis durch den Mangel der Volumenzunahme unmöglich sei. Namentlich sind auch die Füfse und Zehen frei von Veränderungen.

Rosenthal vergleicht die Affektion einem chronischen, indurativen Odem, sklerodermieähnlich.

Pinkus besteht auf dem Vorhandensein einer wenigstens partiellen Verdickung der Haut. Mehr als die Sklerodermie möchte er die Hautverdickungen der Pickschen Erythromelie zum Vergleich heranziehen.

Wechselmann macht auf die Varicen der Oberschenkel aufmerksam und glaubt, dafs die als Ursache der Veränderung der Unterschenkelhaut anzusehenden Unterschenkelvaricen nur durch die Spannung der allgemeinen Decke unkenntlich geworden seien.

4. Buschke demonstriert einen 58jährigen Mann mit prurigoartigen Efflorescenzen, urticariellen Eruptionen und Bläschenausbrüchen, der seit ¾ Jahren (nach etwa einjährigem Bestehen der Hautaffektion) an grofsen Drüsenschwellungen, Milz- und Lebervergröfserung (bei völlig normalem Blutbefund) leidet. Dabei bestehen Netzhautblutungen, eine bisher noch unklare Nierenaffektion, Facialisparese einer Seite, aufserdem ein Vitium cordis älteren Datums. Es ist ein enger Zusammenhang dieser, einen bestimmten Typus darstellenden **prurigoartigen Hauterkrankungen mit der Hyperplasie lymphadenoiden Gewebes** anzunehmen, da sie sowohl bei der pseudoleukämischen, lymphosarkomatösen und tuberkulösen Lymphdrüsenhyperplasie, als auch bei einer Vergröfserung der Milz (etwa durch Malaria) vorkommen. Die Hautknötchen zeigen einfach entzündliche Veränderungen. Patient besitzt ferner **Angiokeratome am Scrotum**, von welchem mikroskopische Präparate vorgelegt werden.

Diskussion: Pinkus berichtet über das Sektionsergebnis einer Patientin mit dem gleichen Hautleiden (cf. Sitzung vom 7. März 1899). Es handelte sich um Lymphosarkom der Drüsen.

5. Blaschko demonstriert einen seit ½ Jahr syphilitischen Mann mit **Reinduration** an der Stelle des Primäraffektes. **In der Umgebung** des in der Tiefe sitzenden Knotens haben sich im weiteren Verlauf **oberflächlich Papeln** ausgebildet.

Diskussion: Lesser erinnert an die regionären Papeln, welche im Beginn der Syphilis dem Primäraffekt folgen können.

6. Bruhns demonstriert ein **Lymphangiom der Wangenschleimhaut** bei einer jungen Frau. Die Diagnose ist durch mikroskopische Untersuchung bestätigt worden. Therapeutisch wird Elektrolyse angewandt.

7. Bruhns demonstriert ein Mädchen mit **strichförmigem Lichen planus des Arms.**

Diskussion: Lederмann hebt mechanische Einwirkungen (Druck auf die Ulnarseite des Arms) als mögliche Praedispositionsfaktoren für gewisse häufiger beobachtete Erkrankungslinien hervor.

8. Blaschko erstattet den Bericht über die **II. internationale Konferenz in Brüssel.** Als besonders hervorstechend bezeichnet er das in den Vordergrundtreten abolitionistischer Grundsätze, gegenüber dem bei der ersten Konferenz vorwiegend zum Ausdruck gelangten Streben nach Reglementierung der Prostitution.

Von Wichtigkeit ist einmal Erleichterung der Behandlung venerischer Leiden; die Möglichkeit, sich heilen zu lassen, mufs den Kranken gewissermafsen aufgedrängt werden; zweitens aber Belehrung der Jugend und der Eltern. Die leichte Möglichkeit, ärztliche Hilfe zu finden, ist in Deutschland am weitesten von allen Ländern durchgeführt, da bei uns ein sehr grofser Teil der Bevölkerung den Krankenkassen angehört: bezüglich der Geschlechtskrankheiten wird die Fürsorge genügend sein, wenn erst überall der heute noch geltende Paragraph des Krankenkassengesetzes bezüglich der Unterstützungslosigkeit der Geschlechtskranken beseitigt sein wird. Die Belehrung über Gefahr und Vermeidung der Geschlechtskrankheit bezweckt die neugegründete deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung dieser Leiden; zur Mitarbeit durch Wort und That, durch Vorträge, durch Mehrung des statistischen Materials fordert Vortragender auf.

Lassar fordert nochmals zur Unterstützung der **Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten** auf. Die internationale Konferenz kann nur die Anregung geben, die wirkliche Arbeit zur Erreichung einer wahren Propbylaxis der Geschlechtskrankheiten in Deutschland mufs die nationale Gesellschaft leisten. Sie wird sie leisten können mit der Unterstützung der staatlichen Behörden, die in höherem Grade denn je zuvor diesen Bestrebungen günstig gesinnt sind.

Gesellschaft der Charité-Ärzte.

Sitzung vom 30. Januar 1902.

(*Berliner klinische Wochenschrift.* 1902. No. 36.)

Bruhns stellt einen Fall von strichförmiger **Sklerodermie** und einen Fall von **Tierkrätze** vor. Letztere ist nicht häufig, sie unterscheidet sich von der gewöhnlichen Scabies dadurch, dafs sie nicht so starkes Jucken hervorruft und leichter spontan heilt. Auch das Gesicht kann, wie im vorliegenden Falle, mitergriffen sein, auch sind die Prädilektionsstellen der menschlichen Krätze bei der Tierkrätze nicht bevorzugt. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Fachzeitschriften.

Archiv für Dermatologie und Syphilis.

1902. Band 62, Heft 2 und 3.

I. **Über Verkalkung der Haut**, von P. Thimm-Leipzig. Verfasser beschreibt kurz einen Fall bei einem 23jährigen Patienten, der auf der Dorsalseite der Grundphalanx des kleinen Fingers einen flachen, kreisrunden, wenig erhabenen, gelblichweifsen Tumor von 12 mm Durchmesser zeigte. Die Oberfläche war namentlich im Centrum etwas rauh und schilfrig und bot das Bild einer nicht sehr verhornten, nicht zerklüfteten Warze dar. Bei näherer Besichtigung jedoch erwies sich das pathologische Gebilde als aus einer gröfseren Anzahl hanfkorngrofser, weifsgelblicher Pfröpfchen zusammengesetzt. Das Gewächs bestand seit ca. 8 Jahren. Es wurde von Dr. Goepel excidiert und die Excisionsstelle mit Haut transplantiert. Die Wunde heilte glatt ab. Ein Rezidiv ist bis jetzt nicht aufgetreten.

Der exstirpierte Tumor liefs auf der Schnittfläche die gelben Pfröpfe als weifsliche, strich- und kreisförmige Zapfen gut erkennen.

Verfasser teilt im folgenden ausführlich die histologischen Befunde mit und resumiert dieselben dahin: „Der Ausgangspunkt der vorliegenden Hautverkalkung ist in follikulären Retentionscysten zu suchen. Vermutlich begann die Verkalkung an den retinierten, mehr oder weniger verhornten, jedenfalls chemisch veränderten, atrophischen Retezellen der genannten Cysten. Durch gewisse Umstände, vielleicht durch den dauernden Druck seitens des schützenden Ringes (der Patient trug an der befallenen Stelle einen grofsen Siegelring) oder der sich ausdehnenden Cysten, welche eine weitere erhöhte Gewebsproliferation der gesunden Nachbarschaft veranlafsten, wurde der Chemismus der Epithelzellen in unbekannter Weise derartig verändert, dafs eine allmähliche, weitergehende Ausbreitung des Verkalkungsprozesses erfolgte. Diese beschränkte sich aber nicht blofs auf das Epithel, sondern griff gleichzeitig auf

das Bindegewebe über, mit dem fundamentalen Unterschiede, daſs die Kalkherde des Epithels groſse, bogig begrenzte, parallelstreifige Schollen bildeten, während im netzförmig verzweigten Bindegewebe kleine, glänzende, scharf konturierte, vielgestaltige, maschenartig angeordnete Kalkkörner abgelagert wurden. Resorptions- und Proliferationsprozesse der nicht verkalkten Umgebung vervollständigen das bunte Bild."

II. **Studien über Pocken**, von F. Sanfelice und V. E. Malato-Cagliari. Die Verfasser haben die jüngste Pockenepidemie in der Provinz Cagliari zu Studien über die Pocken benutzt. Das Material für histologische und bakteriologische Untersuchungen wurde 7 secierten Pockenleichen entnommen. In dem Inhalt der Pockenpusteln fanden sich konstant der Staphylococcus pyogenes aureus, nicht immer der Staphylococcus pyogenes albus, der Staphylococcus pyogenes citreus, das Bacterium coli, ein typhusähnlicher Bacillus, ein Pseudodiphtheriebacillus, ein dem Friedländerschen Pneumoniebacillus ähnlicher Bacillus und der Diplococcus lanceolatus.

Aus den Organen von an Pocken gestorbenen Personen wurde fünfmal in reiner Kultur der Staphylococcus pyogenes aureus isoliert, zweimal mit ihm in Verbindung die übrigen oben erwähnten Mikroorganismen, mit Ausnahme des Staphylococcus pyogenes citreus.

Impfungen von Pockenmaterial auf Versuchstiere, namentlich Hunde, ergaben vorwiegend und konstant einen Mikroorganismus, der alle Eigenschaften des Staphylococcus pyogenes aureus besitzt und auch bei den Hunden ähnliche pathologische Erscheinungen hervorgerufen hat, wie beim Menschen. Morphologisch und kulturell unterscheidet sich dieser bei den Pocken gefundene Mikroorganismus in nichts von dem Staphylococcus pyogenes aureus. Nur hinsichtlich des pathogenen Vermögens scheinen sehr bemerkenswerte Unterschiede vorzuliegen.

Die mit dem Staphylococcus pyogenes aureus des Pockenmaterials geimpften Tiere zeigten andere pathologisch-anatomische Befunde, als die mit dem gewöhnlichen, bei anderen Krankheiten auftretenden geimpften.

Der Pockenstaphylococcus subcutan den Versuchstieren eingeimpft, rief viel weniger schwere Erscheinungen hervor, als wenn er endovenös einverleibt wurde. In letzterem Falle zeigten die Tiere, besonders Hunde, hämorrhagische Flecke, nekrotische Herde in den Nieren, Lungen, auf der Haut, Schwellung der Milz und der Leber, Erscheinungen, die an hämorrhagische Pocken bei Kindern erinnerten.

Zuerst subcutan geimpfte Tiere wurden bei nachträglicher endovenöser Impfung nicht immun gegen den Ausbruch der schwersten, zum Tode führenden Symptome.

Die anderen im Pockenmaterial gefundenen Organismen zeigten entweder gar keine oder nur geringe pathogene Wirkung bei Versuchstieren, weshalb die Verfasser sich zu dem Schlusse berechtigt glauben, daſs einzig und allein der im Pockenmaterial gefundene Staphylococcus pyogenes aureus bei endovenöser Einimpfung die pathologischen Erscheinungen hervorzurufen im stande ist, wie man sie bei Pocken findet.

Die Verfasser haben dann mit den beiden am häufigsten in der Kuhpockenlymphe angetroffenen Staphylokokken, dem Staphylococcus pyogenes aureus und albus, zahlreiche Impfungen an Kaninchen, Schafen und Hunden vorgenommen und gefunden, daſs man nicht dieselbe pathologische Erscheinung auf der Haut hervorruft, welche sonst nach Impfung mit den Kuhpocken eintritt, und daſs keine Immunität gegen endovenöse Impfungen mit dem Pustelinhalt von an Pocken gestorbenen Individuen oder mit Kulturen des Pockenstaphylococcus erzielt wurde.

III. **Weitere Mitteilungen über Sarcoma idiopathicum multiplex pigmentosum cutis**, von R. Bernhardt-Warschau. Der Verfasser teilt die Krankengeschichte dreier Fälle und das Resultat der mikroskopischen Untersuchung mit. Die Affektion

beginnt zumeist an den Fingern und Zehen mit roten, seltener braungelblichen, glatten Flecken, die später sich dunkelrot, dann bläulichrot verfärben. Gleichzeitig bemerkt man in den tieferen Schichten der Haut kleine, scharf umschriebene, derbe Knötchen. Nach und nach erheben dieselben sich über das Niveau der Haut, einzeln oder gruppenweise oder durch Konfluenz diffuse Infiltrate bildend. Sie wachsen sehr langsam bis zu einer gewissen Grenze und bleiben dann stationär oder bilden sich durch Atrophie oder Degeneration zurück mit Hinterlassung einer stark pigmentierten Narbe. Auf der anderen Seite können sie ulcerieren oder weiter in die Tiefe wachsen und zuweilen den Knochen ergreifen. Der Verlauf erstreckt sich zumeist auf eine grofse Reihe von Jahren und endet letal.

Auf Grund der histologischen Befunde schildert der Verfasser den Prozefs folgendermafsen: Unter dem Einfluss eines unbekannten Krankheitserregers erweitern sich die Lumina der Kapillaren und kleinsten Gefäfse, das Endothel schwillt an und das Perithel fängt an zu wuchern, gewöhnlich an den die Schweifsdrüsenknäueln, seltener an den die Haarscheiden umgebenden Blutgefäfsen. Damit ist der Anstofs zur Entstehung eines Sarkomherdes oder zuweilen gleichzeitig mehrerer gegeben. Die Herde zeigen die Tendenz, gegen die Papillarschicht hin zu wachsen. Bei weiterer Wucherung konfluieren sie und bilden diffuse, sarkomatöse Infiltrate. Verfasser sieht deshalb jene Neubildungen histologisch als „Angiosarcoma peritheliale fusocellulare" an, das von den eigentlichen Sarkomen hinsichtlich der Struktur zwar nicht wesentlich sich unterscheidet, jedoch klinisch mancherlei Verschiedenheiten aufweist.

Die Ätiologie des Leidens ist noch dunkel, am besten würde sie sich durch die parasitäre Theorie erklären lassen, wenngleich daraufhin angestellte bakteriologische Untersuchungen bisher ein negatives Resultat ergeben haben.

IV. Ein Fall von Hautmilzbrand mit bemerkenswertem klinischen Aussehen, von H. Herrmann-Berlin. Ein Schäfer hatte mit einem anderen Knechte zusammen eine unter eigentümlichen Erscheinungen verendete Kuh seciert. Beide verletzten sich bei der Arbeit; der eine durch einen Schnitt mit dem Messer, ohne weiteren Schaden zu nehmen, der andere, der vorliegende Fall, zog sich an beiden Vorderarmen durch die spitzen Knochenenden der Rippen des Kadavers Rifswunden zu, die im Gegensatze zur Schnittwunde fast gar nicht bluteten. Drei Tage später traten an den verletzten Stellen kleine rote Knötchen auf, es folgte Drüsenschwellung in beiden Achselhöhlen und zuletzt starke Anschwellung des rechten Armes. Gleichzeitig erkrankte der Patient mit Appetitlosigkeit, Schüttelfrost, Fieber und Beklemmungen und liefs sich acht Tage nach der Infektion ins Krankenhaus aufnehmen. Der rechte Arm war in seiner ganzen Länge ödematös geschwollen, die Haut darüber glatt, glänzend. Auf der Haut der Hand und des Vorderarmes befanden sich zahlreiche, kleinere und gröfsere, mit dünner Borke bedeckte Risse; an der Streckseite sah man eine etwa 15 cm lange Rifswunde und auf derselben eng aneinander liegend eine Reihe von Knoten und Pusteln in verschiedener Gröfse. Die meisten zeigten eine centrale Delle. Ähnliche Pusteln in geringerer Zahl wies die Beugeseite auf. Die Anordnung war strichförmig, den Rifswunden entsprechend. Die Pusteln hoben sich aus der ödematösen, sonst unveränderten Umgebung scharf ab.

Der linke Arm war in ähnlicher Weise, wenn auch in geringerem Grade, befallen. Das Centrum einer Pustel ist meist vertieft und mit einer gelblichen, zuweilen schwärzlichen Kruste bedeckt.

In den aus dem Serum der Pusteln gewonnenen Ausstrichpräparaten wurden milzbrandverdächtige, Gram-beständige Bacillen gefunden. Die angelegten Kulturen, sowie Überimpfungen auf Tiere ergaben typischen Milzbrand.

Der Fall verlief zwei Tage nach der Aufnahme letal.

Verfasser teilt im folgenden das Sektionsprotokoll und das Resultat der mikroskopischen Untersuchung mit.

Auffallend ist, dafs trotz der Schwere der Infektion und der starken Überschwemmung des Körpers mit Bacillen die inneren Organe doch verhältnismäfsig nur geringe makroskopische Veränderungen aufwiesen.

Von Interesse aus dem histologischen Befunde ist, dafs in keinem Präparate sich Bacillen in Leukocyten oder in anderen Zellen im Sinne der Metschnikoffschen Theorie eingeschlossen vorfanden.

V. Die Dickenschwankungen des Kopfhaares des gesunden und kranken Menschen, von U. Matsuura-Kioto. Der Verfasser ist bei seinen Untersuchungen von folgenden Erwägungen ausgegangen:

1. „Die Ernährung des Haares mufs ebenso wie die der Nägel von dem allgemeinen Ernährungszustande abhängig sein, d. h. wenn der Ernährungszustand des Körpers besser oder schlechter wird, so mufs dies im Haar in irgend welcher Weise zum Ausdruck kommen und durch eine mikroskopische Untersuchung nachweisbar sein.

2. Da das Haar des Kopfes ein jahrelanges Leben hat und dazu fast stetig und gleichmäfsig wächst, so dafs es innerhalb einer bestimmten Zeit um eine bestimmte Länge zunimmt, so ist es wohl denkbar, dafs die einzelnen Strecken eines Haares, wenn dessen Träger inzwischen krank war, verschieden ausfallen.

3. Bei einer akuten Krankheit wird auch das Haar akut in seiner Ernährung leiden, bei einer chronischen dagegen langsam.

4. Wenn diese Voraussetzungen richtig sind, so müfste man durch die Untersuchung des Haares beim Lebenden oder Toten bestimmen können, ob er vorher krank war oder nicht, ob die Krankheit akut oder chronisch aufgetreten ist, ob sie lange dauerte oder kurze Zeit."

Unter Dicke des Haares versteht Verfasser „den unter dem Mikroskop mit dem Mikrometer mefsbaren, horizontalen Querdurchmesser eines Haares, und zwar bei einem kreisrunden Haare den allseitigen, bei einem solchen mit ovalem Querschnitt den gröfsten Durchmesser".

Die Untersuchungen haben nun folgendes ergeben:

„Durch die Anfertigung von Haarkurven kann man im Falle, wo ein besonderes klinisches, pathologisch-anatomisches oder gerichtliches Interesse vorliegt, meistenteils bestimmen:

1. ob in einem gegebenen Falle eine zur Ernährungsstörung führende Krankheit vorhanden war oder nicht;

2. die ungefähre Dauer der Krankheit;

3. den Verlauf oder die Form der Krankheit — wie die Temperaturkurve für gewisse Krankheiten charakteristisch ist, so ist es auch die Haarkurve —;

4. die Intensität der Krankheit; bezüglich derselben ist jedoch zu bemerken, dafs die Haarkurve natürlich kein absolutes Mafs angiebt; man kann nicht von der Gröfse der Dickenabnahme direkt auf die Schwere der Krankheit schliefsen; denn wie wir gesehen haben, erfährt ein dünnes Haar eine geringere Verjüngung als ein dickes.

Bezüglich der Schlüsse, welche aus den Haarkurven auf die Intensität der Krankheit gezogen werden, ist folgendes zu berücksichtigen:

a) Wenn die Ernährungsstörung stark ist, so ist auch die Dickenabnahme bedeutend.

b) Ist das Haar dick, so ist auch die Dickenabnahme stark.

c) Je platter die Form des Haares ist, desto leichter einschnürbar ist es.

d) Je besser die frühere Ernährung war, desto gröfser ist die Dickenabnahme im Falle einer Krankheit.

Als Vorzüge der Haarkurven im Vergleich mit den Temperatur- oder Körpergewichtstafeln sind zu betrachten:

1. dafs sie nach Ablauf der Krankheit oder nach dem Tode des Patienten aufgestellt werden können;

2. dafs das Haar als naturgetreues Zeugnis aufbewahrt werden kann;

3. dafs eine mangelhafte Anamnese durch die Haarkurven nachträglich ergänzt oder korrigiert werden kann;

4. dafs die klinische Beobachtung oder Krankenbeschreibung durch die Haarkurven kontrolliert werden kann."

Verfasser glaubt auf Grund seiner Beobachtungen, dafs die Haarkurve als ein wichtiges Hülfsmittel für die Beurteilung einer Krankheit zu gebrauchen ist.

VI. **Neue biologische Beziehungen zwischen Epithel und Bindegewebe-Desmoplasie**, von E. Kromayer-Halle a. S. Die Entdeckung Unnas, dafs in den weichen Hautnaevis Epithelhaufen aus dem Verbande der Epidermis losgelöst und ins Bindegewebe verlagert werden, hat sich fast allgemeiner Anerkennung zu erfreuen gehabt, nicht so sehr die Behauptung des Verfassers, dafs die ins Bindegewebe verlagerten Epithelzellen den epithelialen Charakter verloren haben und zu Bindegewebszellen metaplasieren. In der vorliegenden Arbeit soll nun dieser als „Desmoplasie" bezeichnete Vorgang an der Hand von Photographien genau geschildert und seine Bedeutung für die Entwickelungsgeschichte und die Pathologie eingehend untersucht werden.

1. Von der Epidermis lösen sich Zellen ab und werden ins Bindegewebe verlagert.

„Der Prozefs beginnt unter Aufblähung des Protoplasmas der Epithelzelle mit dem Verlust der Protoplasmafaserung. Während der Kern kleiner, schmäler und chromatinreicher wird und nach der Peripherie der Zelle gelagert erscheint, nimmt das Protoplasma eine schwammige Struktur an. Diese Bläschenzellen werden in das Bindegewebe verlagert."

2. Die ins Bindegewebe verlagerten Bläschenzellen bilden Bindegewebsfasern.

„Die Bindegewebsentwickelung beginnt stets in der Peripherie der Zelle, indem sich Teile des Protoplasmas in Bindegewebsfasern umwandeln, die die Zelle korbartig einhüllen. Allmählich verschwindet das schwammige Protoplasma der Bläschenzellen, der Kern wird kleiner; gestreckter und unterscheidet sich schliefslich in nichts von einem gewöhnlichen Bindegewebskern."

3. Die Bläschenzellen sind Bindegewebszellen, da sie die biologische Eigenschaft der Epithelien, sich mit anderen Epithelien zu einer gleichartigen, das Bindegewebe überkleidenden Decke ohne Zwischensubstanz zusammenzuschliefsen, verloren haben (Verlust der Epitheliophilie).

4. Die Verlagerung der Bläschenzellen ins Bindegewebe ist die Folge nicht so sehr des Verlustes ihres epithelialen Charakters, als der Annahme des bindegewebigen Charakters, oder des Bestrebens der Epithelien, sich mit dem Bindegewebe zu verbinden (Desmophilie).

5. Die Desmoplasie ist eine allgemeine Eigenschaft der Epithelien und nicht blofs als Kuriosum der menschlichen Haut anzusehen. Sie ist den Cylinderzellen und auch den Stachelzellen eigen. In noch höherem Grade als in der Epidermis begegnet man dem Prozesse der Desmoplasie in den Schleimhäuten, z. B. des Mundes, der Speiseröhre, des Magens u. s. w., ferner in allen drüsigen, epithelialen Organen (Leber, Niere, Hoden, Lungen etc.).

6. Die Cutis vasculosa und mit ihr die Cutis propria stammen von der Epidermis ab.

„Die Cutis propria wächst in ihrem Dickendurchmesser nicht durch Einlagerung neuen Gewebes in die Cutis selbst, sondern durch Anlagerung neuen Gewebes auf ihrer der Epidermis zugekehrten Fläche."

7. Die desmoplastischen Zellen haben Beziehungen zu den Blutkapillaren.

8. Die Zeitdauer der Desmoplasie einer einzelnen Zelle ist nicht nach Tagen, sondern nach Wochen und Monaten zu berechnen.

9. Die Bedeutung der Desmoplasie für die Entwickelungsgeschichte und die Pathologie.

Bei den innigen Wechselbeziehungen zwischen Epidermis und Cutis vasculosa sind beide Schichten als ein Organ aufzufassen, als die Parenchymhaut. Hinzu tritt dann noch die Desmoplasie der Epithelzellen. Das Stratum germinativum der Epidermis ist nicht nur die Matrix für diese, sondern auch für die Cutis vasculosa. Erkrankungen der Parenchymhaut sind von diesem Gesichtspunkte aus zu betrachten. Vielleicht unterscheiden sich von einander nur durch den Grad der Desmoplasie manche atrophische und hypertrophische Zustände der Haut, wobei man von einer Hypo- und Hyperdesmoplasie sprechen könnte. Eine wesentliche Anderung der Desmoplasie in ihrem normalen Verlaufe wäre als Paradesmoplasie zu bezeichnen.

Es unterliegt keinem Zweifel, dafs vielen pathologischen Prozessen eine Veränderung bestimmter biologischer Eigenschaften der Zelle zu Grunde liegt.

VII. **Einige Versuche, betreffend den Einfluſs des Lichtes auf das Wachstum der Haare und seine therapeutische Anwendung bei der Alopecia areata,** von H. E. Schmidt-Berlin. Die Thatsache, dafs im Sommer Haare und Nägel schneller wachsen, als im Winter, haben einige Autoren auf die Wirkung der chemischen Strahlen des Tageslichtes zurückführen wollen, während man sonst geneigt ist, diesen Strahlen einen schädigenden Einfluſs auf die Haut (Erythema solare, photoelectricum etc.) zuzuschreiben. Man könnte sich wohl denken, dafs die entzündliche Hyperämie durch eine bessere Ernährung der Haut sekundär auch günstigere Bedingungen für den Haarwuchs schaffe. Andererseits wäre es nicht recht zu verstehen, warum dann die Röntgenstrahlen trotz der entzündlichen Hyperämie, die sie hervorrufen, doch zumeist Haarausfall zur Folge haben.

Verfasser hat nun an Meerschweinchen untersucht, ob den chemischen Strahlen überhaupt ein Einfluſs auf das Wachstum der Haare zukommt, und welcher Art dieser Einfluſs ist. Er hat einen bestimmten Hautbezirk enthaart und dann beobachtet, ob Regeneration der Haare schneller mit oder ohne Einwirkung der chemischen Strahlen erfolgt.

In keinem der angestellten Tierversuche liefs sich ein haarwuchsbefördernder Einfluſs nachweisen; in einem Versuche wirkten die chemischen Strahlen eher haarwuchshemmend auf die Haut ein.

Somit ist das schnellere Wachstum der Haare und Nägel im Sommer durch die Einwirkung der chemischen Strahlen nicht erklärt. Verfasser möchte vielmehr der Wärme, deren gewaltiger Einwirkung auf den Blutreichtum der Haut und der dadurch bedingten Steigerung der sekretorischen Funktionen einen grofsen Einfluſs auf die Beschleunigung der Nagel- und Haarbildung zuschreiben.

VIII. **Beitrag zur vitalen Färbung des blennorrhoischen Urethralsekretes,** von Eugen Bibergeil-Berlin. Bei der vitalen Färbemethode ergaben alle vom Verfasser erprobten basischen Farbstoffe gleiche Resultate, während saure Farbstoffe auch in Kombination mit basischen keine elektive, färberische Wirkung auf die Mikroorganismen des blennorrhoischen Urethralsekretes ausübten.

Bedient man sich der Rosinschen Färbemethode, so sind spätestens 5 Minuten

nach der Herstellung eines Präparates sämtliche intra- und extracellulären Gonokokken gefärbt, und zwar tief fuchsinrot bei Verwendung von Neutralrot, und tiefblau, wenn man mit Ehrlichs Brillant-Cresylblau oder mit Toluidinblau färbt. Auch Methylenblau und Methylenazur geben gute Bilder. Betrachtet man nun ein solches Präparat längere Zeit ununterbrochen, so sieht man in den Leibern der Leukocyten ganz analog, wie beim Blute, sowohl in den gonokokkenhaltigen wie gonokokkenfreien Zellen, gröfsere oder kleinere, je nach dem für die Färbung gewählten Farbstoffe, rot oder blau gefärbte Kugeln auftreten, die stets an der Peripherie der protoplasmatischen Substanz, niemals an oder in den Kernen beobachtet werden. Mit der fortschreitenden Einwirkung des Farbstoffes auf die leukocytären Elemente nehmen die kugeligen Gebilde mehr und mehr an Gröfse ab, während die Kernfärbungen intensiver werden, bis schliefslich jene völlig verschwunden sind und der definitiven Kernfärbung Platz gemacht haben. Cresylblau zeigt dann die Leukocytenkerne, die Gonokokken und die Plattenepithelien dunkelblau, Toluidinblau die Leukocytenkerne und Plattenepithelien dunkelviolett, die Gonokokken schwarzblau; Methylenblau und Methylenazur färbt die erwähnten Gebilde hellblau; Neutralrot färbt am Schlusse die Kerne sämtlicher Leukocyten orange, die Gonokokken und Kerne der Plattenepithelien noch etwas dunkler, während sämtliche Granula farblos bleiben.

Die im Beginn der Färbung auftretenden kugeligen Gebilde sind von verschiedenen Autoren verschieden gedeutet worden. Verfasser weist auf die Möglichkeit hin, dafs es nichts anderes als Farbstoff sei, der als solcher kugelförmig in die Zellen eindringt, um bis zu den Kernen durchzudringen und mit der deutlichen Färbung derselben selbst vollkommen zu verschwinden.

Die von Pappenheim im blennorrhoischen Eiter nachgewiesenen mononukleären Zellen hat auch Verfasser beobachtet.

IX. **Über die Aktion des Quecksilbers auf das syphilitische Gewebe**, von E. Kassai-Budapest. Gegenüber der Behauptung Pollios, dafs die von Justus beschriebenen braunen Schollen in den Geweben der mit Quecksilber behandelten Syphilitiker nichts anderes, als Niederschläge von $ZnCl_2$ und H_2S oder physiologische, durch die $ZnCl_2 + H_2S$-Behandlung veränderte Gebilde seien und mit der Quecksilberanwesenheit in keinem ursächlichen Zusammenhang stehen, führt Verfasser den Nachweis, wie gerade Pollio durch Nichtbeachtung einer elementaren, analytischen Regel bei seinen Untersuchungen zu irrtümlichen Schlüssen kommen mufste. Pollio habe bei Benutzung des H_2S-Wassers als Reagens verabsäumt, dasselbe vorher mit starker Mineralsäure anzusäuern. Die Folge dieses Versäumnisses war, dafs das in den Geweben vorhandene, nicht festgebundene Eisen einen Niederschlag von schwarzem Ferrosulfid gab.

Verfasser war unter Vermeidung dieser Fehlerquelle in der Lage, die Justusschen Befunde vollauf zu bestätigen.

X. **Über gewebliche Einschlüsse in Plattenepithelkrebsen, vornehmlich der Haut, nebst Bemerkungen über das Krebsgerüst**, von Karl Zieler-Breslau. (Schlufs.) In dem vorliegenden Schlufsartikel bespricht der Verfasser das Verhalten der quergestreiften Muskulatur, der glatten Muskulatur, des Knorpels, der Nerven, der Schweifsdrüsen, der Haare und Talgdrüsen im Krebsgerüst und resumiert die Hauptergebnisse der Arbeit folgendermafsen:

1. Elastische Fasern finden sich fast regelmäfsig in gröfserer oder geringerer Zahl in den Epithelmassen von Hautkrebsen eingeschlossen und werden dann zwischen den Epithelzellen, die sich ihrem Verlaufe zum Teil anpassen, gefunden. Gelegentlich kommt auch intracellulärer Einschlufs elastischer Substanz vor (in Krebszellen, wie in Fremdkörperriesenzellen).

2. Die eingeschlossenen elastischen Elemente stammen in der Hauptsache aus dem Muttergewebe; zuweilen ist sogar noch die ursprüngliche Anordnung zu erkennen.

3. Zerstört werden sie in erster Linie durch die Randzone entzündlicher Infiltration, vielleicht auch noch im Krebsgerüst; in den Epithelzügen bleiben sie, besonders nach dem Eintreten degenerativer Prozesse, oft für lange Zeit erhalten.

4. Neubildung elastischer Fasern im Gerüst von Hautkrebsen ist in der Regel nicht nachzuweisen, ist aber gelegentlich (bei sehr langsam wachsenden Krebsen) sicher beobachtet worden. Diese neugebildeten Fasern können ebenfalls in die Krebskörper verlagert werden.

5. Degenerative Veränderungen wurden an den eingeschlossenen elastischen Fasern nicht häufiger oder stärker ausgeprägt gefunden, als an denen der benachbarten Haut und nie, wenn sie fehlten. Selbst an den in verkalkten und Eisenreaktion gebenden Krebsperlen eingeschlossenen elastischen Fasern wurden Veränderungen nicht bemerkt, auch nicht beim Einschluſs in Fremdkörperriesenzellen (weder Verkalkung, noch Vereisenung).

6. Der Einschluſs elastischer Fasern kommt nicht durch ein sekundäres Einwachsen in die Krebskörper zu stande, sondern die wuchernden Krebszellen sind um sie herumgewachsen. Der Einschluſs bedeutet also ein aktives Eindringen der Epithelwucherung ins Bindegewebe.

7. Für die leimgebenden Fasern und ihr Schicksal in der Krebswucherung gilt im wesentlichen das für die elastischen Fasern gefundene. Nur erliegen sie bei ihrer viel geringeren Widerstandsfähigkeit schädigenden Einflüssen weit schneller als diese. Sie werden deshalb auch seltener gefunden und fehlen oft völlig in den Krebskörpern, deren Nekrose, hyaline Entartung und Verkalkung sie aber anscheinend ebensowenig schädigt, wie die elastischen Fasern.

8. Da eine Neubildung elastischer Fasern im Krebsgerüst dauernd vor sich geht, so kann stellenweise wohl auch ein aktives Eindringen von Bindegewebselementen vorkommen, wenn auch in der Regel nur in der Form einer gegenseitigen Durchwachsung und meist erst in vorgerückten Stadien.

9. Seltener ist der Einschluſs von Netz- oder hyalinem Knorpel, von quergestreiften Muskelfasern, Nervenbündeln, Schweiſsdrüsengängen, Haar- und Talgdrüsenabschnitten im Krebskörper. An den Schweiſsdrüsen findet man daneben zuweilen ein Einwuchern der Krebsmassen zwischen innere Epithelschicht und Wand.

10. Die Untersuchung des Materials mit Rücksicht auf die verschiedenen vorgeschlagenen Einteilungsprinzipien ergab als brauchbar nur das histogenetische (Krompecher), d. h. die Abtrennung der vorwiegend aus spindeligen Elementen bestehenden Basalzellencarcinome ohne Verhornung von den übrigen Krebsen der Haut."

Naevusstudien, von Magnus Möller-Stockholm. (Schluſs.) Bei den in der Litteratur beschriebenen Fällen von lichenoidem Naevus ist eine histologische Untersuchung der Efflorescenzen nicht vorgenommen worden.

Verfasser teilt die Krankengeschichte eines Falles mit, bei welchem die Diagnose zwischen Lichen planus und Naevus schwankte und erst durch die mikroskopische Untersuchung gesichert wurde. Es handelte sich um eine abgeschlossene entzündliche Wucherung im Haartalgdrüsenapparat mit Aufhebung der Funktion der Drüsen. Nach der Terminologie von Unna war der Fall ein „harter Naevus", histologisch bedingt durch eine starke Akanthose und Parakeratose in den Follikeln.

C. Berliner-Aachen.

The British Journal of Dermatology.

Band 14. Oktober 1902.

I. **Eine klinische Studie über 71 Fälle von Lupus erythematosus,** von J. H. Sequeira und H. Balban-London. Von den 71 Fällen waren 84,6 % weiblichen und 15,4 % männlichen Geschlechts. Die gröfsere Mehrzahl der Patienten stand bei Beginn der Erkrankung im Alter zwischen 20—30 Jahren.

Auf Grund ihrer Beobachtungen ziehen die Verfasser folgende Schlüsse:

Die entzündliche Natur der Efflorescenzen beim Lupus erythematosus und ihre symmetrische Verteilung deutet auf ein im Blute cirkulierendes Gift oder auf Toxine hin. Die Hypothese, dafs diese Toxine tuberkulösen Ursprungs seien, entspricht nicht den Thatsachen. Es sind namentlich zwei Varietäten der Krankheit, welche in ihrer Beziehung zur Tuberkulose auffallende Verschiedenheiten zeigen. Beim Lupus erythematosus discoides konnte in 18 %, bei der disseminierten Form in 70 % das Vorhandensein von Tuberkulose festgestellt werden. Die schwereren Fälle des Lupus erythematosus disseminatus scheinen immer mit Tuberkulose sich zu verbinden. Man wird also diese Form als tuberkulösen Ursprungs zu betrachten haben, oder annehmen müssen, dafs das Vorhandensein der Tuberkulose den Verlauf des Lupus erythematosus modifiziert und ihm einen intensiveren Charakter verleiht. Auffallend mag es sein, dafs in den Hospitälern, wo doch so viele Tuberkulöse sich befinden, der Lupus erythematosus relativ selten ist.

In einer grofsen Anzahl von Fällen der disseminierten Form wurde Eiweifs im Urin vorgefunden. Diese Fälle verhalten sich ähnlich, wie manche akute Exantheme und Krankheiten, welche toxischen Ursprungs sind und eine Nephritis setzen, wenn man nicht annehmen will, dafs die Nieren schon früher erkrankt waren und die Ausscheidung der Toxine verhindert haben, welche im Blute kreisend zum Ausbruch der schwereren Hauterscheinungen Anlafs gaben.

Die Lokalisation der Efflorescenzen scheint von einem nervösen Einflusse bestimmt zu werden. Die eigentümliche Begrenzung der befallenen Bezirke unterstützt die Annahme der Krankheit als eine Angioneurose. Jedoch wurden in den letal verlaufenen Fällen keine charakteristischen Veränderungen des Nervensystems nachgewiesen.

Eine schwache Cirkulation scheint auch einen Faktor abzugeben, wie die häufige Komplikation mit Akroasphyxie und ähnlichen Zuständen, die Raynaudsche Krankheit mit eingeschlossen, beweist.

Die lokale Irritation als ätiologischer Faktor ist nicht zu übersehen, da das Auftreten des Lupus erythematosus oft im Anschlufs an reizende Applikationen, an Mosquitostiche, an die Wirkung der chemischen Strahlen des Lichtes beobachtet worden ist.

II. **Bemerkungen über 15 Fälle von Lupus erythematosus,** von W. B. Warde-London. Verfasser hatte in einer früheren Arbeit nachgewiesen, dafs in einer grofsen Anzahl von Fällen die Patienten an einer hypertrophischen oder atrophischen Rhinitis und mehr als ein Drittel an Ozaena litten.

In der vorliegenden Arbeit will der Verfasser die Cirkulationsstörungen und die Veränderungen aufzählen, welche sich ebenfalls bei vielen Patienten im äufseren Gehörgange und auf der Mundschleimhaut vorfinden.

Die tabellarische Übersicht ergiebt, dafs in mehr als der Hälfte der Fälle die Patienten an Frostbeulen, zwei an kalten Extremitäten, drei an lokaler Synkope (toten Fingern), zwei an lokaler Asphyxie litten und einer ausgesprochene Teleangiektasien im Gesichte zeigte. Nur drei waren frei von Cirkulationsanomalien.

In 8 Fällen war die Ohrmuschel, in 7 der Helix und die Ohrläppchen

von kleinen, tiefliegenden, erythematösen Knötchen bedeckt, zuweilen waren die befallenen Partien schuppig oder oberflächlich ulceriert, im ganzen machten sie den Eindruck von Frostbeulen, zeigten auch deren Entwickelung und Verlauf.

Die Mundschleimhaut wies in einzelnen Fällen erythematöse Flecken, in anderen atrophische Stellen auf. In 4 Fällen war sie im ganzen geschwollen unter Vergrößerung der Papillen.

Verfasser glaubt, auf Grund seiner Beobachtungen eine Beziehung zwischen diesen Erscheinungen und dem Lupus erythematosus annehmen zu können.

III. **Ein Fall von trophischer Störung der Füße**, von F. P. Weber. Die Affektion begann bei dem 25jährigen Patienten mit Schmerzen und Schwellung in beiden Füßen. Die Haut über den Zehen und den benachbarten Partien war namentlich am linken Fuße gerötet, gespannt; später nahm sie ein livides, durchscheinendes Aussehen an und fühlte sich kalt an. Bisweilen sah sie dunkelrot, ja fast schwärzlich aus; zuweilen waren die Füße warm und heller rot. In diesem Falle empfand der Patient stärkere Schmerzen, wenngleich auch die Kälte ihn unangenehm berührte. Über dem Metatarso-Phalangealgelenk der großen Zehe befand sich ein Geschwür. Die vierte und fünfte Zehe fehlten ganz. Die Nägel der zwei anderen Zehen waren von kleinen hornigen Massen bedeckt. Die große Zehe hatte gar keinen Nagel. Am rechten Fuße waren die trophischen Veränderungen ebenfalls, aber nicht in derselben Intensität wie links, vorhanden. Der linke Fuß wurde im Januar 1901 amputiert. Die Wunde heilte gut ab, und bis Juni 1902 befand sich der Patient in ununterbrochen guter Gesundheit. Die mikroskopische Untersuchung ergab starke Verdickung der Wände der kleinsten Gefäße, während bei den größeren nur die Media leicht verdickt war, aber nicht, wie die Kapillaren, Endarteriitis obliterans noch Thrombose zeigte. Mikroskopische Präparate des Musculus extensor brevis digitorum wiesen die charakteristischen Merkmale der ischaemischen Myositis auf.

C. Berliner-Aachen.

Annales des maladies des organes génito-urinaires.

1902. Heft 9.

1. **Über die extraperitonealen Zerreißungen der Harnblase nach Beckenfrakturen**, von E. Joüon. Mit Hacke unterscheidet der Verfasser die Zerreißungen der Harnblase von den Blasenrupturen. Die letzteren sind die Folge einer auf die breite Oberfläche der Blase einwirkenden stumpfen Gewalt, wobei die Blase an einer, mit dem Orte der Gewalteinwirkung nicht in unmittelbarem Zusammenhange stehenden Stelle platzt. Die Zerreißungen der Blase dagegen kommen durch das Eindringen eines Knochenstückes in die Blasenwand bei Beckenfrakturen oder durch starke Zerrung der Blasenligamente bei Luxationen der Schamfuge zu stande; sie sind in den weitaus meisten Fällen extraperitoneal. Der Verfasser hat aus der gesamten Litteratur 100 diesbezügliche Fälle gesammelt und giebt auf Grund dieses Materials eine zusammenhängende Darstellung der Affektion, ohne jedoch wesentlich neue Gesichtspunkte beizubringen. Die einzelnen Krankengeschichten werden am Schlusse der Arbeit auszugsweise mitgeteilt.

2. **Transplantation des Hodens, Anwendung zur Behandlung der Hodenektopie**, von Mauclaire. Der Verfasser hat in 9 Fällen von Ektopia testis cruralis die verlagerten, stets mehr oder weniger atrophischen Hoden unter Erhaltung ihrer Gefäße und Nerven auf die im Skrotum gelegenen Hoden transplantiert, um dadurch eine normale Lagerung und insbesondere eine kräftige Entwickelung des Organs herbeizuführen. Dies Verfahren, das eine Vervollkommnung der von Villemin ange-

gebenen Methode darstellt, ist folgendes: Zuerst wird die in den meisten Fällen vorhandene Leistenhernie radikal operiert. Dann wird der Samenstrang des ektopierten Hodens aus seinen Verwachsungen herauspräpariert, der Hoden selbst ins Skrotum herabgezogen, das Septum des Hodensacks durchschnitten, und die Tunica vaginalis des gesunden Hodens eröffnet und auf der Innenfläche eines jeden Hodens aus der Tunica albuginea ein rautenförmiges Stück excidiert; hierauf werden die symmetrischen Ränder der Albuginea mit einander vernäht und die beiden Tunicae vaginales durch Nähte zu einem, den beiden aneinandergelagerten Hoden gemeinsamen Sack vereinigt. Dieser Sack wird mittelst einiger Katgutnähte am unteren Teile der Medianlinie des Skrotums befestigt; dann wird, um den Samenstrang zu fixieren, das denselben umgebende Gewebe vernäht und endlich die Hautwunde durch Naht geschlossen. Nur in einem von den 9 bisher operierten Fällen gelang es nicht, den ektopierten Hoden in das Skrotum hinabzuziehen; es wurde deshalb bei dem Kranken, einem 10jährigen Knaben, der normale Hoden oben mit dem ektopierten Hoden vereinigt; der Verfasser hofft, daſs die beiden Hoden später doch noch descendieren werden. Bei den übrigen 8 Kranken gelang die Operation, die Resultate sind, soweit die allerdings noch kurze Beobachtungszeit erkennen läſst, vorzüglich, insbesondere zeigte sich in keinem Falle ein Weiterschreiten der Atrophie des Hodens, bei einem Patienten war der ursprünglich ektopierte, atrophische Hoden nach vier Wochen schon etwas gröſser geworden. — Die Operation soll wegen der Kleinheit der Organe nicht vor dem siebenten oder achten Lebensjahre ausgeführt werden; sie ist nur dann indiziert, wenn der ektopierte Hoden kleiner ist als der normal gelegene.

Göts-München.

Giornale italiano delle malattie veneree e della pelle.

1902. Heft 4.

Beitrag zur Histologie und Therapie der Bartholinitis blennorrhagica, von G. Sorrentino. Verfasser hat zwei Fälle dieser Kategorie histologisch untersucht und resumiert das Resultat dahin, daſs die blennorrhoische Bartholinitis eine chronische hyperplastische und suppurative Adenitis und Periadenitis darstellt. Gonokokken oder andere pathogene Keime vermochte er bei den angewandten Färbemethoden nirgends zu finden, obwohl er stets alle Schichten des entzündeten Gewebes genau untersuchte. In den peripheren Teilen des periglandulären Gewebes findet man stellenweise kleine Leukocytenherde, welche von dichtem Bindegewebe umgeben sind. Dadurch wird die Resorption dieser Herde bedeutend erschwert, zumal wenn dieselben weiter von den Abfuhrwegen entfernt liegen. Im Inneren kommt es wegen mangelhafter Ernährung zur Nekrose der centralen Teile des Herdes, wodurch wiederum ein Reiz auf die umgebenden Gewebe ausgeübt wird und sich der Abscefs durch dieselben einen Weg nach aufsen bahnt, z. B. in das Rectum oder die Vagina. In diesen Thatsachen liegt auch die Erklärung für die häufigen Recidive und in Bezug auf die Therapie, die Indikation der vollständigen Entfernung der erkrankten Drüse, indem die andere, gesunde Drüse zur Wahrung der physiologischen Funktion genügt.

Zur Hämatologie der Syphilis, von E. Dacco. Die Untersuchungen, deren Resultate in einer langen Reihe von Tafeln veranschaulicht werden, beziehen sich auf die Anzahl und Gestalt der roten und weifsen Blutkörperchen, auf die Isotonie des Blutes, dessen spezifisches Gewicht, den Hämoglobingehalt, die Alkalinität und das spezifische Gewicht des Blutes. Ein genügendes diagnostisches Kriterium läſst sich zur Aufklärung in unsicheren Fällen aus diesen Resultaten nicht schöpfen. Dagegen giebt uns der Hämoglobingehalt und die Alkalinität des Blutes bei einem

syphilitischen Individuum wichtige diagnostische Anhaltspunkte, wenn es sich darum handelt, die Probe ex juvantibus zu liefern. In zweifelhaften Fällen ist es jedoch von Wichtigkeit, dafs die hämatologische Untersuchung eine vollständige sei, weil da, wo das Verhalten der roten Blutkörperchen, der Isotonie, der Leukocyten und der Dichte mit den Veränderungen des Hämoglobins und der Alkalescenz übereinstimmen, noch sicherere Stützen für die Diagnose gewonnen werden.

Die Acidität des Blutes in ihren Beziehungen zu einigen Hautkrankheiten, von A. Borri. Verfasser hat bei verschiedenen Dermatosen (chronisches Ekzem, Prurigo Hebra, Psoriasis) den Harn auf dessen Säuregehalt untersucht und konstatiert, dafs bei den grofsen Dermatosen, besonders bei den chronischen, welche gleichsam eine Diathese des betreffenden Individuums darstellen, die Acidität herabgesetzt ist und dafs eine längere Zeit fortgesetzte Phosphorsäurekur den Säuregehalt wieder vermehrt, die lokalen Störungen günstig beeinflufst und die subjektiven Beschwerden bessert.

Zur Histologie und Pathogenese des Hauthorns, von A. Pasini. Verfasser giebt eine ausführliche Beschreibung des Cornu cutaneum, von dem er zwei Kategorien unterscheidet; bei der ersten sind die Veränderungen in der Cutis nur ganz unbedeutend; es besteht eine Hypertrophie des Corpus mucosum und eine einfache Hyperkeratose des Stratum corneum. Bei der zweiten Varietät bestehen schwere Veränderungen entzündlichen Charakters: vorgeschrittener hypertrophischer Prozefs im Corpus mucosum, Akanthosis, Hyper- und Parakeratose des Horngewebes. Die erstere Varietät würde sich demnach den Warzen und dem Fibrokeratom von Unna an die Seite stellen lassen, die zweite reiht sich den Epitheliomen an. Zu dieser letzteren Varietät gehören jene Hornproduktionen, welche bestimmt sind, sich später in Tumoren epithelialer Natur umzuwandeln. Daraus ergiebt sich auch eine klinische Sonderung der Hauthörner in zwei Klassen: eine gutartige ohne Neigung, Modifikationen einzugehen und eine bösartige mit Tendenz zu epitheliomatöser Umwandlung. Was die Entstehung der Hauthörner anbelangt, so lassen sich dieselben alle auf einen lokalen Reiz zurückführen.

Ein Fall von Kerion, das durch das Achorion Schönleinii verursacht wurde. Granulom des Hautgewebes durch Vegetation des Achorion, von Marius Truffi. Majocchi war bekanntlich der erste, welcher nachgewiesen hatte, dafs das Kerion Celsi nicht allein durch das Trichophyton, sondern auch durch das Achorion hervorgerufen werden könne. Verfasser beschreibt nun ebenfalls einen derartigen Fall und kommt zum Schlusse, dafs erstens das Achorion Schönleinii auf dem Haarboden eine dem Kerion identische Affektion erzeugen und zweitens in der Cutis des Menschen sowie im Unterhautzellgewebe des Meerschweinchens den beim Trichophyton beobachteten analoge granulomatöse Läsionen hervorrufen kann.

C. Müller-Genf.

Bücherbesprechungen.

Les champignons parasites de l'homme, von E. Bodin-Rennes. (Masson et Cie., Paris 1902.) Dieses kleine Buch, zur Serie der Encyclopédie scientifique des aide-mémoire Léauté gehörig, verdient in seiner Art volles Lob. Das damit angestrebte Ziel, dem Arzte, der nicht Gelegenheit hat, sich eingehender mit Bakteriologie zu

befassen, die Mittel zu bieten, um sich über den Stand unserer heutigen Kenntnisse von den Mikroorganismen der parasitären Hauterkrankungen zu informieren, hat Verfasser in klarer, übersichtlicher und leicht zu erfassender Weise erreicht, unter Vermeidung unnötiger Zuthaten. Aufser einigen kurzen Kapiteln über Pilze im allgemeinen, deren Daseinsbedingungen und die Untersuchungsmethoden, schildert Verfasser die Pilze des Favus, der Trichophytie, des Mikrosporon, die Pilze der exotischen Mykosen, der Pityriasis versicolor und des Erythrasma; als Anhang kommen noch Streptothrix, die pathogenen Hefepilze, Oidium albicans, der pathogene Aspergillus und die Mucorarten hinzu. Einige, zum Teil recht gute Illustrationen sind eine willkommene Beigabe. Kurzum, das Buch kann als zweckentsprechend bestens empfohlen werden. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Über das Wesen und die Heilbarkeit des Lupus erythematodes discoideus, von Achille Breda-Padua. (C. Ferrari, Venedig 1902.) Verfasser, der sich seit 23 Jahren eingehend mit dem Lupus erythematodes discoideus beschäftigt hat, berichtet über 62 Fälle, davon 16 männliche, 46 weibliche Personen betrafen. In 45 Fällen konnte er genaue Nachrichten über das Vorkommen von Tuberkulose in der Ascendenz und Descendenz erlangen; es ergaben sich 37,77% Familientuberkulose. Bei 11 von den 62 Patienten gingen Krankheiten voraus, die wahrscheinlich keine engere Beziehung zum Lupus erythematosus hatten, wie Tonsillitis, Febris gastrica, Gelenkrheumatismus etc. Häufiger war Frost der Hände, Füfse, Ohren. Dem Berufe nach waren Landleute am meisten vertreten. Nur 3 Patienten waren schlechthin tuberkulös zu nennen, nicht gänzlich ein vierter; 21 konnten höchstens „lymphatisch" heifsen, 13 blieben ungewifs, hatten aber sicher keine Skrophulose, 14 hatten weder Zeichen von Skrophulose noch von „Lymphaticismus". Keiner von den 62 zeigte auch nur die Andeutung eines Überganges in Lupus vulgaris, trotzdem die Krankheit bei einzelnen 20, ja 28 Jahre bestand und bei manchen durch mehr oder minder differente Medikationen gereizt worden war. Ebensowenig kam Umwandlung in Krebs vor. Von 45 längere Zeit beobachteten Patienten haben 22 die gröfste Wahrscheinlichkeit, zumeist sogar die Gewifsheit vollständiger Heilung. — Die Therapie anlangend, sieht Verfasser, wenn auch innere Behandlung nützlich sein kann, die Hauptsache in der äufseren. Wichtig ist, ob irritable oder indolente Formen vorliegen. Mit milden Mitteln ist zu beginnen, dann langsam zu steigern, schliefslich wieder zu den ersten zurückzukehren, um die Reizung zu beruhigen und ihre günstige Wirkung auszunutzen. Hyperkeratosen müssen beseitigt werden; bei papillomatösen Formen kann Abtragung die Heilungsdauer abkürzen. Wenn die Stellen mit Seifenspiritus, Kaliseife weiteren Einwirkungen zugänglich gemacht sind, bedient sich Verfasser leicht adstringierender Umschläge und Salben, oder lösender Salben mit Zusatz von Sublimat, weifsem Praecipitat, Salicylsäure. Bevorzugte Mittel waren auch Ichthyol, Pyrogallussäure, Hg-Pflaster. Bei starker Vaskularisation bewährten sich netzförmige Skarifikationen. — Histologisch wurden niemals Riesenzellen, noch Gruppen von Epitheloidzellen, die auf Tuberkulose hätten schliefsen lassen, gefunden, auch keine bemerkenswerten Bakterien. Auf Grund aller dieser Erfahrung bestreitet Verfasser jegliche Beziehung des Lupus erythematosus zur Tuberkulose. Als exaktere Bezeichnung schlägt er Plasmonia discoideum atrophicans vor.

M. Levor-Hamburg.

Handbuch der speziellen inneren Pathologie und Therapie, von A. de Giovanni. — **Krankheiten der Haut,** von Vittorio Mibelli-Parma. (Dr. Francesco Villardi, Mailand 1901.) Wie Verfasser im Vorwort bemerkt, soll das kleine Werk kein Compendium der Dermatologie, sondern nur eine gedrängte Darstellung der-

jenigen dermatologischen Dinge sein, die in näherer Beziehung zur inneren Medizin stehen. In dieser Absicht ist nun unter den Dermatosen eine Auswahl getroffen worden, die ziemlich willkürlich erscheinen mufs. Eingehender besprochen werden nämlich nur: Erytheme (E. nodosum, E. exsudativum multiforme, E. scarlatiniforme recidivans, Erytheme der ersten Kindheit, E. pernio und E. induratum (Bazin), Purpura, Urticaria, Strophulus, Prurigo, Pemphigus, Dermatitis herpetiformis Duhring, Herpes zoster und andere Herpesformen, und schliefslich Ekzem und Psoriasis. Weshalb beispielsweise die Psoriasis in ein Handbuch der inneren Krankheiten eher hineingehört, als etwa der Lichen ruber, wäre doch wohl schwer zu begründen. Unwillkürlich wird man daran erinnert, wie ungleich erschöpfender Jarisch eine ähnliche Aufgabe für Nothnagels Handbuch löste. Die Beschränkung, die sich Verfasser auferlegte, ist um so bedauerlicher, als seine Darstellung überaus klar, instruktiv und anregend ist. *M. Levor-Hamburg.*

Arbeiten aus der dermatologischen Universitätsklinik in Budapest, No. I (*Orvosi-Hetilap.* 1902. No. 10), redigiert von Nékám.

1. **Beiträge zur Histologie der Pityriasis versicolor,** von Hlatsky. Verfasser beschäftigte sich mit der Frage, wie tief die Pilze dringen, und welche Veränderungen dieselben hervorrufen. Zu diesem Zwecke wurden zahlreiche Excisionen gemacht, und nach Durchsicht von 120 Präparaten kommt Verfasser zu folgendem Resultate: Die Pilze etablieren sich mit besonderer Vorliebe dort, wo sie vor chemischen und mechanischen Insulten geschützt sind, so in der Tiefe der Haut-Falten und -Furchen, in den Mündungen der Follikeln und Talgdrüsen, wo sie nicht nur im Stratum corneum, sondern manchmal auch im Stratum granulosum Platz greifen. Auf solchen Stellen sind auch andere Pilze, speziell Bakterien, in grofser Anzahl zu finden, welche, wie es scheint, das Tiefenwachstum der Mycelien verhindern. Auf einzelnen Stellen, wo das Präparat besonders viel Mycelien enthält, welche auch das Stratum granulosum mit ihren Fäden durchwachsen, aber nicht mit ihren Sporen, färben sich die in der Mitte der Malpighischen Schichte befindlichen Zellen sehr schlecht, sie sind blafs, stark gequollen, die Kerne erscheinen auch blässer, aber die Nukleolen bleiben gut gefärbt. Die die Kerne umgebenden Höhlen sind etwas vergröfsert, das Protoplasma ist feinkörnig, die einzelnen Zellen aber stehen der Norm gemäfs etwas weiter von einander. In der entsprechenden Stelle des Coriums sind die Papillen etwas abgeflacht. Es kann also nicht behauptet werden, dafs an diesen Stellen eine Entzündung stattgefunden hat, da ja im Corium alle diesbezüglichen Befunde fehlen. Hingegen ist ein intraepidermidales, intracelluläres Ödem vorhanden, welches die einzelnen Zellen auseinander drängte und deren Färbung beeinflufste. Die Schuppenbildung geht so von statten, indem das Stratum corneum feucht bleibt, zusammenklebt, in deren Rissen und Schichtenintervallen massig sich Sporen bilden, die Fäden durch und durch dringen, welche bis zur Malpighischen Schichte reichen. Das Stratum granulosum wird ganz mit eingenommen, quellt auf und wird zeitweilig durch kleine Traumen von seiner Basis abgestofsen. Die Schweifspore liebt das Mikrosporon hierfür zu vermeiden, und in den Haarfollikeln sind dieselben nur in der oberflächlichsten Anordnung zu finden.

2. **Die Behandlung der Blennorrhoe mit Albargin,** von Tóth. Verfasser verwendete das Albargin bei 65 Kranken in Form von Janetschen Spülungen mit 0,1—0,2%igen Lösungen, nachmittags machten die Kranken selbst Einspritzungen mit 0,2—0,5%igen Lösungen. Seine Erfahrungen führen zu folgenden Schlüssen: 1. Als 0,1—0,5%ige Lösungen in die entzündliche Harnröhre eingespritzt, reizt dasselbe kaum nennenswert; 2. vermindert in kurzer Zeit den Ausflufs und tötet bald

die Gonokokken; gute Resultate sind in akuten und subakuten Fällen zu erwarten, währenddem in chronischen Fällen man mit stärkeren, reizenderen Mitteln rascher zum Ziele kommt; 3. das Albargin hat den Nachteil, daſs es ein schwächeres Antisepticum ist, als das permangansaure Kalium.

8. **Über die bei Hereditärsyphilitikern im Gesichte auftretenden linien- und strahlenförmigen alten Hautveränderungen**, von Poór. Verfasser schildert den Status eines 15jährigen Knaben, bei dem mehrere hereditärluetische Stigmata vorhanden sind. Neben Sattelnase und Lähmungserscheinungen, die Reste einer abgelaufenen Keratitis und Hutchinsonsche Zähne. Auffällig sind die Hautveränderungen im Gesichte, und zwar zahlreiche alte, weiſsliche, prononciert linienartige, mit einander zahlreich anastomisierende und um den Mund herum strahlenartig verlaufende narbige Veränderungen. — Als Ursache dieser linearen Narben werden von den meisten Autoren — mit Ausnahme von Silex — nässende Papeln angenommen. In der in ihrer Widerstandsfähigkeit nachteilig beeinfluſsten Haut bilden sich Rhagaden, welche infolge der Muskelbewegung des Mundes stets tiefer werden und nach deren Heilung als lineare Narben zurückbleiben. Silex hingegen leugnet das Narbige dieser Bildungen und nennt dieselben auch „Pseudonarben". Nach ihm ist es nicht vollkommen ausgeschlossen, daſs dieselben die Folgen irgend eines Ekzema scrophulosorum bilden, und giebt der Meinung Ausdruck, daſs es nicht unmöglich ist, daſs durch das Kratzen und Abreiſsen der Ekzemrinden tiefergreifende Veränderungen eingetreten sind, von welchen dann diese narbenähnlichen Gebilde entstanden sind. Silex will diese seine Auffassung mit seinen histologischen Untersuchungen bekräftigen. — Die histologischen Untersuchungen Verfassers (Excidierungen von narbigen Hautstellen des Gesichtes) haben gerade entgegengesetzte Resultate mit denen von Silex, Caspary und Delbanco ergeben, indem alle Postulate der narbigen Veränderungen nachzuweisen waren. Seine Schluſsfolgerungen sind nun folgende: Die beschriebenen linienartigen alten Gesichtsnarben, nachdem dieselben bei anderen Erkrankungsformen nicht beobachtet werden, sind direkt als hereditärsyphilitische Characteristica und Stigmata zu betrachten und, wie es auch seine Untersuchungen beweisen, als zweifellose Narben sich auch histologisch erwiesen. Dieselben sind auch in diagnostischer Beziehung von Wichtigkeit bei Ausschlieſsung der Syphilis hereditaria tarda, indem dieselben beweisen, daſs auch im zeitlichen Kindesalter die Erscheinungen vererbter sekundärer Syphilis vorhanden waren.

4. **Das Peruol, ein neues Antiscabiosum**, von Szabóky. Verfasser verwendete das Peruol als 25 und 30—50%ige Ricinusöllösungen bei 25 Scabiesfällen, bei 2 Parasitärekzemen und bei 1 Prurigofalle. Nach seinen Erfahrungen ist das Peruol bei Parasitärekzemen ohne Wirkung, das 25- und 30%ige Ricinusöl-Peruol ist nur ein schwaches, das 50%ige ein ziemlich gutes Antiscabiosum, welches aber lange Zeit angewendet werden muſs, daher von den übrigen Antiscabiosa übertroffen wird. Das Peruol hat den Vorteil, daſs es geruchlos ist, selbst nach langer Anwendung die Haut nicht reizt und die Wäsche nicht beschmutzt.

5. **Ein Fall von Perifolliculitis infolge von Darmautointoxikation**, von Szabóky. Der 52jährige, abgemagerte und geschwächte Patient litt seit ca. 2 Jahren an einem chronischen Magen- und Darmkatarrh. Nach 2 Jahren dieses Bestandes entwickelten sich zuerst auf den unteren Extremitäten, später auf den oberen und auch auf dem Rumpfe zahlreiche Linien bis 20 Heller groſse Efflorescenzen, teilweise von den Follikeln, teilweise von dem perifollikulären Gewebe ausgehend, teilweise abscedierend, teilweise mit Krusten bedeckt. Dieses Exanthem juckt zeitweise. Auf roborierende und diätetische Behandlung, lokal 10%ige Borsalbe, gingen alle Erscheinungen zurück. *A. Alpár-Alexandria.*

Über Syphilis der Orbita, von W. Goldzieher - Budapest. (Carl Marhold, Halle a. S. 1902.) Der erste Teil der kleinen Arbeit behandelt die immerhin seltene Erscheinung der syphilitischen Periostitis der Orbitalknochen, welche in Bezug auf Symptomatologie, Verlauf mit Zugrundelegung der bisher erschienenen dürftigen Litteratur, eingehend besprochen wird. Der zweite Teil handelt von den symmetrischen Orbitaltumoren syphilitischer Natur. Das Resultat läfst sich kurz fassen. Bei jedem wachsenden Exophthalmus wird vor allem an den Orbitalrändern nach Spuren vorausgegangener oder noch bestehender Periostitis zu suchen sein. Eine sehr rasch wachsende und mit einer Verdickung oder gar Geschwulstbildung längs des oberen Orbitalrandes einhergehende Vordrängung des Bulbus ist stets, selbst wo anamnestische Daten fehlen, auf Lues verdächtig. Wo an den Orbitalrändern die Zeichen der Periostitis fehlen, da kann die Schmerzhaftigkeit des Prozesses, sei sie nun spontan, oder sei sie durch Beklopfung oder auf Druck der Orbitalränder oder Schädelknochen hervorzurufen, für die Annahme der Syphilis in die Wagschale fallen. Namentlich wichtig sind nächtliche periorbitale Schmerzen. Die Diagnose der Syphilis gewinnt an Sicherheit, wenn periostitische Stellen an anderen Stellen der Schädelknochen auftreten. Diese Regeln besitzen einen besonderen Wert bei symmetrischen, rasch sich entwickelnden Tumoren der Orbita, in welchen Fällen, wofern nicht bestimmte Kontraindikationen vorliegen, eine antisyphilitische Behandlung stets zu versuchen ist.

Bernhard Schulze-Kiel.

Zur Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten, von F. Uhl. (Vogel & Kreienbrink, Berlin. 1902.) Neben der gründlichen Aufklärung, besonders der jungen Leute, und der Beseitigung der Paragraphen in vielen Krankenkassen, welche die sogenannten selbstverschuldeten Krankheiten von der Behandlung durch die Kasse ausschliefsen, empfehlen sich vor allem als sicherste Prophylaxe gegen venerische Krankheiten Manipulationen, die man unmittelbar nach dem Coitus auszuführen hat, wie es die Vorschläge von Blokusewski, Frank u. s. w. bereits thun. Verfasser empfiehlt gegen blennorrhoische Infektion Einträufelung von 20 % Protargol mittelst des Apparates „Viro“ gegen die Gefahr der Syphilisinfektion Einreibung von Virowachscreme. Auch müsse der Staat in der Richtung helfen und besonders das Militär aufklären. (In der Marine werden bereits überall prophylaktische Einträufelungen angewandt, zu dem Zwecke stellen sich die Mannschaften sofort am nächsten Morgen nach vollzogenem Beischlaf ihrem Arzte, welcher ihnen die Einträufelungen verabreicht. Durch diese, wenn auch nicht unmittelbar, so doch möglichst bald nach einer eventuellen Infektion angewandte Prophylaxe ist in der That schon Gutes erreicht worden. Der Referent.)

Bernhard Schulze-Kiel.

La Pratique dermatologique, herausgegeben von Besnier, Brocq und Jacquet. III. Band. 212 Zeichnungen und 19 Farbendrucke. (Masson & Co., Paris. 1902.) Pünktlich nach Jahresfrist ist nun dem Erscheinen des II. Bandes der III. des in jeder Beziehung grofsartig angelegten Werkes gefolgt, und Referent mufs sich bezüglich Ausstattung, Druck u. s. w. auf schon früher Hervorgehobenes (*Monatsh. f. prakt. Derm.*, Bd. XXXI, S. 286 und Bd. XXXIII, S. 534) beziehen. Der vorliegende Band geht in der alphabetischen Reihenfolge von Lepra bis Pityriasis und sind die auf die wichtigsten Affektionen bezüglichen Farbenbilder, welche meist Moulagen der grofsartigen Pariser Sammlungen entnommen sind, wieder hervorragend instruktiv zu nennen.

Der Abschnitt Lepra bringt einleitend eine sehr begrüfsenswerte Darstellung über die geographische Verbreitung dieses Leidens (kartographische Skizze). Der Reihe nach sind sodann alle Organe, welche die Lepra ergreift, mit ihren pathologisch-histologischen Veränderungen genau beschrieben, ebenso wie die verschiedenen Formen

derselben. Bezüglich der Therapie des Leidens scheint neben der physikalischen Behandlung (Hydrotherapie) die medikamentöse (intern oder subcutan) mit dem Chaulmoogra-Öl den gröfsten Erfolg aufzuweisen. Beim Kapitel Lupus ist gegenwärtig die Therapie von besonderem Interesse; die Finsenbehandlung ist nach des Verfassers (Lenglet) Ansicht sicher der Radiotherapie und besonders jener mit hohen Wechselströmen überlegen; die mittlere Dauer der Finsenbehandlung beträgt nach den neuesten Statistiken 6 Monate durchschnittlich für jeden Kranken. Zu dieser Methode ist also ein grofser Aufwand von Zeit nötig, welche nicht jedermann zur Verfügung steht. Von den noch in Betracht kommenden blutigen Methoden wird am meisten jene nach Vidal mit dem doppelschneidigen Skarifikator empfohlen, welche bei jeder Art von Lupus (auch sehr ausgebreiteten Formen) anwendbar sein soll und nach den beigegebenen Abbildungen nahezu tadellose Resultate zu liefern scheint. Was die Ätiologie des Lupus erythematodes betrifft, so scheinen dabei klimatische Verhältnisse eine Rolle zu spielen: die Bevölkerung der nördlichen Länder, wo die Temperatur häufig unter 15° sinkt und die Luft mit Feuchtigkeit gesättigt ist, ist viel häufiger ergriffen wie jene der südlichen Länder. Nach den klinischen Erfahrungen, den pathologisch-anatomischen und den experimentellen Untersuchungen wird hier in Übereinstimmung mit der neuen Lehre der Tuberkulide, die in der französischen Schule bekanntlich ihre Hauptstütze hat, angenommen, dafs der Lupus erythematodes gewöhnlich, wenn nicht immer, als eine tuberkulöse Veränderung anzusehen sei. Von den lokalen Mitteln rühmt Lenglet besonders die schwarze Seife, welche entweder für sich allein, in etwas Alkohol gelöst, oder mit anderen Medikamenten vermischt in 2 bis 3 mm dicker Schicht aufgetragen wird und kürzere oder längere Zeit liegen bleiben kann.

Aus dem Abschnitt „Melanodermieen“ sei erwähnt, dafs Darier die Epheliden als eine Entwickelungskrankheit hereditären und atavistischen Charakters ansieht, sie seien in dieser Beziehung mit den Naevi zu vergleichen. Wiewohl selten beim Menschen, hat auch der Rotz eingehende Beschreibung gefunden, ein besonders charakteristisches Farbenbild von Hautrotz (Hautfarcinom) ist dabei hervorzuheben. Auch die Mykosis fungoides ist durch einige treffliche Abbildungen illustriert. Was die Pathogenese dieses Leidens betrifft, so steht Leredde auf dem Standpunkt, welchen die Mehrzahl der französischen Dermatologen einnimmt, dafs es sich dabei nicht um eine Art Sarkomatose (Kaposi), sondern um einen Wucherungsprozefs des Lymphsystems (Lymphadenie) handle, gesteht aber zu, dafs mit dieser Theorie die Pathogenese der Mykosis fungoides, welche in vieler Beziehung mit Lepra und Syphilis Ähnlichkeit habe, ohne deren Kontagiosität zu teilen, noch lange nicht genügend aufgeklärt sei. Therapeutisch hat sich bei diesem Hautleiden am besten Arsen und zwar besonders in Form der neuen Kakodylpräparate bewährt. Wenn der Pruritus, ein Hauptsymptom dieser Affektion, sehr heftig oder gar unerträglich wird, so waren von Erfolg, wenn auch nur vorübergehend, subkutane Injektionen künstlichen Serums (Na. chlor. 12:10, Aqu. 1000,0). Die subkutanen, beim Rheumatismus vorkommenden Knoten finden sich hier wohl zum ersten Male in einem Handbuch der Dermatologie genauestens beschrieben; dieselben sind vor allem nicht mit dem Knoten beim Erythema nodosum zu verwechseln. Histologisch bestehen sie aus mehr oder weniger modifiziertem Bindegewebe (nach Hirschsprung) in der Umgebung der Sehnen, Bänder, Aponeurosen, des Periosts. Eine spezielle Behandlung erheischen diese Knotenbildungen nicht; ist die Rückbildung eine retardierte, so wendet man äufserlich Jod an. Bei dem etwas kurz geratenen Kapitel der Nagelaffektionen wird rühmend der Arbeit Hellers gedacht, der manche Aufklärung über dieselben gebracht habe, trotzdem bliebe noch vieles in diesem Gebiete dunkel. Bezüglich der

Ätiologie der Alopecia areata (Pelade fr.) neigt der Verfasser des Kapitels (Déku) vielmehr der neuropathischen Grundlage wie der kontagiösen oder gar epidemischen zu, für welch letztere nur verschwindend wenig Beweise vorhanden seien. Dementsprechend zerfällt die Behandlung in eine allgemeine, kräftigende (Massage, Hydrotherapie, Lebertran, Arsenik) und in eine lokale, welche excitierender Natur sein muſs und wofür sowohl rein mechanische (starkes Bürsten nach Jacquet) wie eine Reihe chemischer Mittel (Milchsäure u. a. m.) empfohlen worden sind. Den vorletzten Hauptabschnitt dieses Bandes bildet der Pemphigus, welcher ausführlichst sowohl in historischer Beziehung wie in all seinen verschiedenen Formen beschrieben wird. Es sind dies hauptsächlich folgende: 1. Pemphigus acutus febrilis gravis, 2. Pemphigus chronicus verus, 3. Pemphigus vegetans (sehr schöne Farbenskizze eines solchen Falles), 4. Pemphigus foliaceus, 5. Pemphigus der jungen Mädchen und Hysterischen, 6. Pemphigus traumaticus, wobei wieder einfacher Pemphigus — Tendenz zu Blasenbildung bei jeder Art stumpfer Verletzung — und kongenitaler Pemphigus mit Tendenz zu Narbenbildung und zu Epidermoidalcysten unterschieden wird. 7. Epidemischer Pemphigus bei Kindern und Erwachsenen. Den akuten febrilen Pemphigus sieht Brocq hauptsächlich als Beschäftigungsdermatose an, welche bei Fleischern, Charkutiers, Köchen u. s. w. vorkomme. Referent ist der Ansicht, daſs dieser Abschnitt, mit der Meisterhand eines der ersten französischen Dermatologen geschrieben, wohl den instruktivsten Teil des vorliegenden Bandes bildet, wozu nicht wenig die äuſserst zahlreichen, den Text begleitenden Abbildungen beitragen. Eine ebenfalls vorzügliche, aber der Natur des Leidens nach viel kürzere Darstellung der Pityriasis, welche gemäſs der allgemeinen Übereinstimmung der heutigen Dermatologen in drei Unterabteilungen: Pityriasis versicolor, Pityriasis rubra pilaris und Pityriasis rosea Gibert erfolgt, bringt Thibierge als letzten Abschnitt dieses Bandes, über welchen Referent nur bedauert, sich nicht länger aussprechen zu können. *Stern-München.*

Beitrag zum Studium der Lepra: die Ätiologie der Lepra, von St. Paraskevas. (Athen 1902. Autoreferat.) Der Verfasser will durch seine ausführliche Abhandlung und durch eine eigene klinische Beobachtung beweisen, daſs die Kontagiosität und die Heredität der Lepra die einzigen Ursachen für die Ausbreitung der Seuche sind; um die Ausbreitung aufzuhalten und die Krankheit zum Erlöschen zu bringen, giebt es nach seiner Ansicht zur Zeit zwei wirksame Mittel: die Isolierung und den obligatorischen Cölibat der Erkrankten. P. teilt sein Werk in drei Abschnitte ein: 1. Die Heredität, insbesondere bei den infektiösen Krankheiten; 2. die Ätiologie der Lepra; 3. eigene klinische Beobachtung.

Im ersten Teile führt P. den Beweis, daſs bei den Infektionskrankheiten Kontagiosität und Heredität ein und dasselbe bedeuten; denn wie bei der Ansteckung das Individuum das Mikrobion von einem infizierten Individuum oder infizierten Objekt empfängt, so empfängt der Fötus das Mikrobion von dem mikrobienhaltigen Blute der Mutter. Man muſs daher bei jeder Krankheit, die wir als bakterielle betrachten, gleichzeitig die Heredität und die Kontagiosität gelten lassen.

Im zweiten Teile entkräftet der Verfasser, gestützt auf Grundsätze der allgemeinen Pathologie und auf Beobachtungen der berühmtesten Lepraforscher, alle gegen die Kontagiosität und Heredität der Lepra gemachten Einwände und gesteht schliefslich, daſs es sehr schwierig ist, sich für die eine oder die andere dieser Ursachen zu entscheiden; denn das hängt nicht nur von den gegebenen Bedingungen, sondern auch von der Art zu sehen und von der Erfahrung eines jeden Autors ab. Jedenfalls kann nach der Ansicht des Verfassers nur derjenige, welcher gleichzeitig die Kontagiosität und die Heredität der Lepra gelten läſst, die Übertragung der Krank-

heit von einem Individuum auf das andere und von der Mutter auf die Kinder verhindern, und nur das Denken und Handeln solcher Forscher steht in Übereinstimmung mit der alten, allgemeinen Erfahrung und mit den Dogmen der wahren Wissenschaft.

Im dritten Teile seines Werkes schildert P. ausführlich den von ihm selbst in mehreren, Ganochora genannten Dörfern der europäischen Türkei (Provinz Thrakien) beobachteten Fall. Es handelte sich um eine lepröse Mutter, die vier Töchter hatte. Die eine Tochter, Helene, lebte in dem Dorfe P., in dem von Zeit zu Zeit sporadische, aus Konstantinopel eingeschleppte Leprafälle beobachtet wurden. Eine andere Tochter, Sophie, liefs sich in einem benachbarten Dorfe nieder, in welchem niemals Lepra beobachtet worden ist; denn die Bewohner dieses Dorfes kamen niemals in Berührung mit den Einwohnern der benachbarten Ortschaften. Bei der ersten Tochter, Helene, scheinen Leprasymptome aufgetreten zu sein, dagegen ist die zweite, Sophie, bis jetzt vollständig gesund geblieben. Helene vermählte sich mit Georg T., der nacheinander drei Frauen geheiratet hat; derselbe hatte von der ersten und von der dritten Frau 6 absolut intakte Kinder, von seiner zweiten Frau Helene dagegen 3 Kinder, von denen 2 sicher und das dritte wahrscheinlich leprös ist. Helene hat nur 4 Jahre mit ihrem Manne gelebt; dieser selbst hat, gleich seinen Vorfahren, nie Zeichen von Lepra aufgewiesen. Sophie hat sich mit einem Manne verheiratet, der selbst vollkommen gesund war und aus einer vollständig gesunden Familie hervorgegangen ist; sie hatte einen Sohn, der, obgleich er von gesunden Eltern abstammte und stets in einem intakten Lande lebte, im Alter von 18 Jahren Zeichen von Lepra aufwies und jetzt ausgesprochen leprös ist.

Den Schluss des Werkes, dem zwei grofse, die Beobachtung P.'s betreffende Photographien beigegeben sind, bildet ein Nachwort des griechischen Lepraforschers Mitaftsis. *Götz-München.*

Veröffentlichungen der deutschen Gesellschaft für Volksbäder. Herausgegeben von dem geschäftsführenden Ausschufs. Heft 7. (Aug. Hirschwald, Berlin 1902.) Mit diesem 7. Heft schliefst der 1. Band der Veröffentlichungen ab. Der reiche Inhalt dieses Heftes umfafst den Bericht über die (alljährliche) Hauptversammlung der Deutschen Gesellschaft für Volksbäder am 26. Mai 1902 zu Weimar und als zweiten Teil Mitteilungen und Notizen über Volksbadewesen. Die Tagesordnung der Hauptversammlung begann nach den üblichen Begrüfsungsreden mit einem Vortrag von Landgerichtsrat Aschrott-Berlin: Wie gelangen kleinere und mittlere Gemeinden am besten in den Besitz einer Badeanstalt mit Brausebädern? Aschrott beantwortet diese Frage in kurzem dahin, dafs sich selbständige, rechtsfähige Vereine bilden, die Kommune ein Grundstück hergiebt und die weiteren Mittel durch Beleihung von seiten der Versicherungsanstalten oder auch vom Zentralverein aus beschafft werden. Den zweiten Vortrag hielt Stabsarzt Krebs-Berlin über die erziehliche Bedeutung und die bisherige Verbreitung der Volksbäder mit Rücksicht auf die verschiedenen Bevölkerungsschichten; besonders die obligatorische Einführung der Schulbrausebäder und der Bäder in den Kasernen hält Redner in ersterer Beziehung für sehr wichtig. Über den dritten Punkt der Tagesordnung: Grundsätze für Bauanlage und Einrichtung von Volksbadeanstalten als Programm für Ausschreibungen und Entwürfe sprachen zwei dem Baufache zugehörige Referenten. Als viertes Thema hatte Lassar-Berlin die Heranziehung von Kassen und Versicherungsanstalten zur Hebung des öffentlichen Badewesens gewählt; L. gab in dieser Beziehung sehr begrüfsenswerte Winke und wurde darin auch von dem Direktor der Landesversicherungsanstalt der Hansestädte, Gebhard, unter-

stützt. Der vorhergehende Vortrag, welcher in einen baulichen und einen technischen Teil zerfällt, bringt eine ganz ausführliche Beschreibung, in welcher Weise kleinere Badeanstalten zu errichten sind. Der zweite Teil des Programms, Besprechungen, konnte nur mehr in ganz kurzer Weise erledigt werden und seien hier nur die Hauptthemata angegeben. 1. Fränkel-Halle: Die Verunreinigung der öffentlichen Flufsläufe in bezug auf deren Benutzung für Badezwecke vom gesundheitlichen Standpunkte aus zu erörtern. 2. Stich-Nürnberg: Wie weit kann die Gesellschaft bei der Gründung von Volkbädern durch kleinere Gemeinden mit materieller Unterstützung eintreten? 3. Dornblüth-Rostock: Wie sind die Schulbrausebäder gröfseren Bevölkerungskreisen nutzbar zu machen? 4. Kallenbach-Breslau: Förderung der Schwimm- und Badebassins neben den Wannen- und Brausebädern. 5. Prof. Martins-Kiel: Förderung der Hausbäder. 6. Lassar-Berlin: Die Beteiligung der Frauen an der Bäderfrage. Aus dem geschäftlichen Teile der Vereinsversammlung ist zu entnehmen, dafs das Vereinsvermögen 4000 Mark, die Gesamteinnahme des vergangenen Jahres etwas über 6000 Mark, die Ausgaben über 4000 Mark betrugen. Als Ort der nächsten Versammlung wurde Danzig gewählt.

Die Mitteilungen und Notizen über Volksbadewesen (zweiter Hauptteil des Heftes) bringen einen Artikel von du Mont-Eisenach: Zur Volksbäderfrage, worin Verfasser den optimistischen Anschauungen von Aschrott (siehe oben) bezüglich Beihülfe der Gemeinden und Versicherungsanstalten sich nicht anschliefsen kann, sondern für möglichst unabhängige Gründung von Volks- d. h. Badeanstalten für alle Bevölkerungsschichten, plädiert; einen statistischen Bericht des Berliner Vereins für Volksbäder über die Benutzung der beiden von ihm gegründeten Badeanstalten, eine sehr inhaltsreiche Chronik, kurze Angaben über zahlreiche Badeanstalten in Preufsen, Bayern, Sachsen u. s. w. und aus dem Auslande in Österreich-Ungarn, Schweiz, Belgien, Niederlande; ein Nachtrag zum Mitgliederverzeichnis der Deutschen Gesellschaft für Volksbäder bildet den Schlufs des Heftes. *Stern-München.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Regressive Ernährungsstörungen.

Reizung des Zahnfleisches als Ausgangspunkt einer Alopecia areata, von Jacquet. (*Journ. d. pratic.* 1902. No. 6.) Der Verfasser konstatierte bei einem jungen Mädchen, bei dem eben der zweite untere linke Molarzahn im verspäteten Durchbruch begriffen war, an der linken seitlichen Partie des Nackens eine fast Zweimarkstückgrofse kahle Scheibe, aufserdem ein circumscriptes Erythem und Hyperthermie am linken Ohr und an der linken Gesichtshälfte und Hyperästhesie des linken Facialis. Der Zahn, der noch zur Hälfte von Zahnfleisch bedeckt war, wurde mittels des Galvanokauters freigelegt; die kahle Stelle wurde wiederholt massiert und mit reizenden Flüssigkeiten eingerieben. Unter dieser Behandlung trat zunächst eine Verschlimmerung ein: das Zahnfleisch entzündete sich, die Alopecie nahm an Umfang beträchtlich zu, aufserdem zeigte sich auch an der rechten Gesichtshälfte ein Erythem, und die Austrittspunkte des Trigeminus wurden beiderseits schmerzhaft und druckempfindlich. Nach drei Wochen begann die kahle Stelle sich wieder zu verkleinern; bis zur vollständigen Heilung der Alopecie vergingen allerdings noch mehrere Monate.

Die übrigen Symptome verschwanden ziemlich rasch und vollständig. — Der verspätete Zahndurchbruch war nach Ansicht des Verfassers die Ursache all der anderen Erscheinungen, die als reflektorisch hervorgerufene Störungen betrachtet werden müssen.

Götz-München.

Die Frage der Alopecia areata, von E. DE LAVARENNE. (*Presse méd.* 1902. No. 15.) Während in Frankreich eigentlich fast alle berufenen ärztlichen Kreise von Anfang an auf dem Standpunkte der Infektiosität der Alopecia areata standen, haben schon vor Jahren MAX JOSEPH und andere hervorragende Beobachter in und aufserhalb Deutschlands für die neurotische Natur dieser Affektion eine Lanze gebrochen. Auch 1900 auf dem Pariser Kongrefs kam das gleiche Verhältnis zum Ausdruck. Nur JACQUET leugnete von den Franzosen jede Kontagiosität der Peladen. Die meisten französischen Kollegen nahmen eine beschränkte Ansteckungsfähigkeit an. HALLOPEAU und SABOURAND galten und gelten noch als überzeugte Anhänger der Ansteckungstheorie. Neuerdings ist, da letztere immer mehr an Boden verliert und die Fälle, welche JACQUETS Theorien stützen, immer häufiger werden, eine Kommission ernannt worden, welche der Académie de médecine einen Bericht unterbreiten soll. Man darf auf denselben gespannt sein.

Hopf-Dresden.

Die Behandlung der Alopecie mit Phosphor, von W. BJALOBSHESKI. (*Med. Obosrenje.* 1902. S. 719.) Die unbefriedigenden Resultate der Alopecia areata-Behandlung mit den üblichen Mitteln veranlafsten Verfasser, der dieses Leiden entschieden als nervös ansieht, den Phosphor zu versuchen. Er verordnete denselben in Pillen, zu 1—4 am Tage, nach der Formel: Phosphori 0,06 solve in Ol. oliv. deinde adde Ac. arsenicos. 0,1, Pulv. et Succ. liq. q. s. ut f. pil. N. 120. Obd. collodio. In zwei bis vier Monaten beobachtete Verfasser, nachdem die Kranken 200—300 Pillen mit kurzen Unterbrechungen genommen hatten, bei nicht veralteten Fällen das Wachsen neuer Haare; die aber in zwei Fällen, bei Kranken mit im übrigen durchaus nicht grauen Haaren, weifs waren.

Arth. Jordan-Moskau.

Das Losewerden der Nägel, von W. DUBREUILH und D. FRÈCHE. (*Journ. de méd. de Bordeaux.* Juni und Juli 1901.) Während sekundäre Affektionen der Nägel bei Krankheiten wie Psoriasis und Ekzem durchaus nichts Ungewöhnliches sind, kommen Fälle, wie die hier mehr oder minder ausführlich mitgeteilten sieben Beobachtungen, immerhin nicht häufig vor. Es handelt sich dabei um eine einfache Ablösung der Nagelplatte vom Nagelbett, bald in voller Ausdehnung, bald in geringerem Umfang ohne irgend welche anderen besonderen pathologischen Erscheinungen. Bei einigen der Patienten war eine ausgesprochen neuropathische Disposition mit im Spiel, so bei Fall I, einer 50jährigen Köchin, die im allgemeinen etwas „nervöser" Natur war, und bei der die Nagelaffektion von heftigen Schmerzanfällen von mehrtägiger Dauer begleitet, resp. eingeleitet wurde. Die zweite Patientin, im gleichen Alter stehend, war zugleich von einer atrophierenden Alopecie befallen und zeigte nebenbei einige neurasthenische Erscheinungen. Fall III betraf eine Frau im Anfang der Vierziger, die an häufigen Attacken von Depression mit intensiver Aboulie, abwechselnd mit Perioden von Aufregung, Geschwätzigkeit und Bewegungstrieb und gleichzeitiger Anorexie und Abmagerung, resp. Heifshunger und rapidem Fettansatz, litt. Der folgende Patient ist ein neurasthenischer Offizier, der seit drei bis vier Jahren an allen behaarten Körperteilen zeitweilig auftretende Alopecie darbietet. Bei den übrigen drei Patienten im Alter von 35, 24 und 57 Jahren (Köchin) war eine Beteiligung des Nervensystems nicht nachzuweisen. Gelegentlich zeigten die Nägel an den Zehen gleichfalls dieselbe Abnormität. Als

bemerkenswert für die Physiologie des Wachstums der Nägel heben Verfasser ihre Beobachtungen hervor, dafs (wie namentlich Fall II zeigte) die dünne Epidermis, welche das Nagelbett auskleidet, an der Vereinigung von Fingerbeere und Nagelbett zu einem frei vorragenden Bändchen auswuchs. Man ersehe daraus, dafs diese Schicht sich in fortwährender Bewegung distalwärts befinde in Parallele zu der Nagelplatte, gleichsam als bewegliches Trottoir für dieselbe. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Ein Fall von Stomatitis gangraenosa (Noma), von L. Fischer-New York. (*Amer. Journ. med. scienc.* April 1902.) Bericht über ein siebenjähriges Mädchen, das im Anschlufs an Skarlatina eine fast die ganze rechte Wange einnehmende Noma akquirierte. Heilung erfolgte in etwa drei Wochen bei häufigem Ausspülen des Mundes mit einer Wasserstoffsuperoxydlösung und Einreibung des ganzen Erkrankungsgebiets mit Ichthyol-Lanolin nach vorheriger Kauterisation mit dem Pacquelin. Die Schimmelbachschen Bacillen will F nicht als einziges ätiologisches Moment gelten lassen; wahrscheinlich seien mehrere Arten von Mikroorganismen an dem Prozefs beteiligt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Idioneurosen.

Bromocoll bei Juckreiz, von A. Lanz. (*Praktischesky Wratsch.* 1902. No. 4.) Verfasser berichtet über sehr befriedigende Resultate mit 10%iger Bromocollresorbinsalbe bei allgemeinem wie lokalem Pruritus und bei Lichen simplex chr. Vidal. Irgend welche unangenehmen Nebenwirkungen hat er nie konstatiert.

Arth. Jordan-Moskau.

Saprophyten und Fremdkörper.

Eine Sarcoptesinvasion, von Johann Alfred Tschuschner. (*Prag. med. Wochenschr.* 1902. No. 54.) Eine bereits viel ohne Erfolg behandelte Frau zeigt folgendes Leiden am rechten Handrücken: Ein circa 3 cm breites, die dorsalen Seiten der Finger und die proximalen Enden der Metacarpi überziehendes Band, bestehend aus einem engen Nebeneinander kleiner, bis 2 mm tiefer Blut und Eiter entleerender Fistelgänge, bedeckt mit einer dicken, schildkrötenpanzerähnlichen, durch Bruchstellen abgeteilten, kleisterartig durchscheinenden, hypertrophischen Epidermisschicht. Die Affektion hat sich in 16 Jahren von einer Stelle des Handrückens aus so centrifugal ausgebreitet. Trotzdem sich die Milbe nicht nachweisen liefs, handelt es sich sicher um eine vom Hunde, der an „roter Räude" litt, übertragene Sarcoptesinvasion. Behandlung mit Paste aus Kalium causticum und Amylum; dann nach Blofslegung des Coriums mit Perubalsam, Styrax, Naphtolsalben. Heilung.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die bei Pediculosis corporis vorkommenden Melanodermien, von Paul Fabre-Commentry. (*Journ. d. pratic.* 1902. No. 12.) Mitteilung eines Falles von starker Melanodermie bei einem alten Manne mit Pediculi vestimentorum. Im Anschlusse daran bespricht der Verfasser, der im Jahre 1872 zuerst durch eine von ihm verfafste These die Aufmerksamkeit auf die Melanodermiae e pediculis gelenkt hat, die Anschauungen, die früher bezüglich dieser Art von Hautpigmentierung herrschten, und schildert zum Schlusse, ohne im wesentlichen Neues beizubringen, kurz die Charakteristika der Affektion. *Göts-München.*

Mifsbildungen.

Über die Herkunft und Bedeutung der in den sogenannten Naevi der Haut vorkommenden Zellhaufen, von Max Abesser. (Inaug.-Dissert. Berlin. 1902.) Des Verfassers Untersuchungen beziehen sich auf ganz junge, flache Naevi; die Ergebnisse stützen Unnas Anschauung von der epidermoidalen Abstammung dieser Geschwülste und werden vom Verfasser in folgende Schlufssätze gefafst:

1. Alle Naevuszellen, auch die verästelten Pigmentzellen, stammen von der Epidermis ab;

2. die Umwandlung erfolgt unter Verlust der Epithelfaserung;

3. die abgelösten Zellen erfahren keine Metaplasie zu Bindegewebszellen, sondern bewahren auch in der Cutis epithelähnlichen Charakter;

4. die aus den Naevi hervorgehenden Melanome sind demnach als Naevo-Carcinome aufzufassen. *A. Loewald-Graudenz.*

Verschiedenes.

Über einige weitere operative Nasenverkleinerungen, von Jacques Joseph-Berlin. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1902. No. 36.) J. zeigt in der Berliner Medizinischen Gesellschaft einige Bilder der von ihm Operierten vor und nach der Operation und spricht über die Ausführung. Seine Resultate sind, nach den Bildern zu schliefsen, thatsächlich glänzend. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Robert Willan und die Dermatologie, von W. A. Hardaway-St. Louis. (*St. Louis Courier.* Sept. 1902.) Eine kurze biographische Skizze, welche Verfasser als Präsident der neu begründeten dermatologischen Gesellschaft (nach Willan benannt) von St. Louis über diesen ersten englischen Dermatologen giebt und welche er zu einem kurzen historischen Überblick über die bedeutendsten Dermatologen seit Willans grundlegenden Arbeiten über die Dermatologie benützt. Robert Willan war zu Hill in Yorkshire im Jahre 1757 geboren und starb im Jahre 1812, nachdem er noch zu Lebzeiten grofse Erfolge gehabt und die Dermatologie in England zu einem wichtigen Zweig der Medizin erhoben hatte. Er hat sich sowohl um die Nomenklatur wie um die Therapie der Hautkrankheiten, ebenso wie um die Geschichte seiner Vorgänger grofse Verdienste erworben. Bateman, A. T. Thompson, E. Wilson und Tillbury Fox waren seine bedeutendsten Schüler. Auf nähere Einzelheiten kann in einem Referate nicht eingegangen werden, wie z. B. auf die zwischen Hebra und der englischen Schule bestandenen Streitfragen. Die Fortschritte der Dermatologie, ebenso wie der ganzen Medizin in dem vergangenen Jahrhundert sind zu allbekannt. H. hält es bezüglich der X-Strahlen für wahrscheinlich, dafs sie manche der bis jetzt gebräuchlichen Hülfsmittel der kleinen Chirurgie verdrängen werden, glaubt jedoch, dafs die Elektrolyse noch lange von speziellem Nutzen sein wird.

Stern-München.

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Monatshefte für Praktische Dermatologie.

Band 35. No. 12. 15. Dezember 1902.

Zur Histologie des elastischen Knorpels.

Von

Dr. Rasch-Stuttgart.

Bei meiner in No. 6 der *Dermatologischen Monatshefte* veröffentlichten histologischen Arbeit über die Kaliätzung der Haut, für die ich wegen an ihm leicht vorzunehmender Excisionen das Kaninchenohr benutzt hatte, stiefs ich auf interessante Befunde am Knorpel. Von grofsem Interesse, weil sie über den Aufbau der Grundsubstanz, von noch gröfserem, weil sie über die physiologische Degeneration und Regeneration des Knorpels Aufschlufs zu geben scheinen. Man hat merkwürdigerweise den Netzknorpel bisher, obgleich gerade in dem elastischen Gewebe bei der beständigen Auslösung von Spannkräften, ein reger Stoffwechsel vorhanden sein mufs, für ein Gebilde höchst stabiler Art gehalten. Mit dazu beitragen mochte der Umstand, dafs der Knorpel mit der aufserordentlich starken Basophilie seiner Grundsubstanz ein wenig dankbares Untersuchungsobjekt war. Durch Aufhebung dieser Basophilie durch Differenzierung der Eiweifsstoffe der Knorpelzelle seitens des Kali, gelingt es nun, so viel Strukturen freizulegen, die Knorpelzelle von ihrer frühesten Entwickelung bis zum letzten Stadium ihres Zerfalles in so viel Übergängen zu beobachten, dafs ich mir nicht versagen kann, am Schlusse dieses Aufsatzes, aus den gewonnenen histologischen Bildern einen Schlufs für die Biologie des Knorpels zu ziehen. Ich weifs recht wohl, dafs es hierzu noch weiterer Untersuchungen bedarf, auch bin ich als praktischer Arzt nicht in der Lage gewesen, mich eingehend mit der einschlägigen Litteratur zu beschäftigen. Ich veröffentliche deshalb die Befunde nur zu weiterer Nachprüfung.

Rekapituliere ich zum Verständnis der Veränderungen im Knorpel nochmals die Resultate der obigen Untersuchung, so ergab sich, dafs das Kali, unmittelbar nach strichförmig mittelst Kalistiftes vorgenommener Ätzung der inneren Ohrfläche, die Gewebe sowohl weit seitwärts über die Kontaktstelle hinaus als auch in die Tiefe durch die Cutis, Subcutis und

den Knorpel hindurch bis in den Bereich der nicht geätzten Ohrfläche, auf das schwerste geschädigt hatte. Und zwar war im Anschluſs an eine nach dem Kaliherd gerichtete Serotaxis, an eine durch diese hervorgerufene Stasenbildung innerhalb der zu- und ableitenden Gefäſse und eine Stauungshyperämie in den benachbarten Gefäſsterritorien der Ätzherd einer Koagulationsnekrose verfallen. Diese war am weitesten vorgeschritten, wo das Kali durch das Exsudat einen hinreichenden Grad von Verdünnung erreicht hatte, in der Subcutis diesseits und jenseits des Knorpels, ging aber dann in eine den Ätzherd schalenförmig umgebende Zone geringerer Ätzwirkung über. Diese äuſsere Zone charakterisierte sich neben erst parenchymatösem, dann in ihren peripheren Teilen interstitiell auftretendem Ödem, durch starken Ausfall des Granoplasmas der Zellleiber wie des Kernchromatins. Im besonderen war es nach Abnahme der Basophilie aller zelligen Gebilde, die vom Kali getroffen worden waren, eine unter Zugrundegehen der Zellen und ihrer Kerne erfolgende Ausscheidung gewisser tinktoriell unterscheidbarer Eiweiſssubstanzen, die das Interesse erregte. Hervorheben will ich noch, daſs der Knorpel der Kaliwirkung um so mehr exponiert war, als die groſsen der Serotaxis direkt oder indirekt ausgesetzten Gefäſse der Ohrmuschel jenseits des Knorpels verlaufen und dieser somit in das von Serum durchspülte Überschwemmungsgebiet mit einbezogen wurde.

Die mikroskopischen Befunde am Knorpel waren nun folgende:

Der Knorpel nimmt, bei schwacher Vergröſserung, gegen die Ätzmitte hin an Dicke zu. Während im normalen Knorpel eine Reihe groſser Höhlen von je einer Reihe kleinerer flankiert wird, liegen dort drei Reihen gleich groſser übereinander.

Die Grundsubstanz büſst, das sahen wir in der früheren Arbeit an einem Übersichtsbilde bereits, nach der Mitte des Ätzbereiches hin mehr und mehr ihre Färbbarkeit für basische Farben ein. Umschlieſsen die Knorpelkapseln in den seitlichen Zonen mit der Grundsubstanz infolge gleicher Färbung, als einheitliches Stratum, die Höhlen, so werden sie hier, erst vom Perichondrium der geätzten Seite her, dann aber auch im inneren des Knorpels durch eine orceinfarbene Schicht von einander isoliert. Bei Färbung mit pol. Methylenblau-Glycerinäther bleibt die Grundsubstanz völlig farblos. Dann zeigt sie bei starker Vergröſserung und guter Abblendung ein System von Faserungen. Die jetzt auſser den Zellen allein gefärbte Knorpelkapsel nämlich, oder wenn diese fehlt, die Knorpelzelle, werden jene von einem schmäleren, diese von einem breiteren Ringe einer homogenen etwas gekörnten Masse umgeben. Dieser Ring wird dann weiter von Faserzügen umschlossen, die, von hyaliner Substanz eingehüllt, sich teils von letzterem loslösen, teils in langen Zügen von den Zellen des Perichondriums aus quer durch den Knorpel gehen. Deren

Peripherie nach auswärts angelagert, umgreifen nämlich Fasern ringsherum die Perichondriumzellen und ziehen, erst keilförmige Ausschnitte der Grundsubstanz zwischen je zwei Knorpelhöhlen einfassend, dann, sich mit Hyalin umscheidend, zu Strängen vereint, zwischen den Kapseln dieser hindurch, um mit gleichen Faserzügen von der anderen Seite die einzelnen Knorpelhöhlen zu umflechten.

Im Einklange hiermit zeigt Färbung mit s. Orcëin, daſs die elastischen Fasern in einer besonderen Schicht zwischen den einzelnen Zellterritorien einen mehr gestreckten Verlauf nehmen und sich von dem ein einheitliches Ganzes bildenden Zellgebiet deutlich abheben. Denn wenn letzteres auch, einer feineren, sich mehr den Zellkonturen anpassenden, orcëinfarbenen Felderung nach zu urteilen, ebenfalls Elastin zu enthalten scheint, so ist diese Orcëinfärbung eine verschwommene, und das Elastin wird sich hier in einem Gemische mit anderen Stoffen befinden. Das elastische Fasernetz bleibt an der Ätzstelle erhalten, sinkt aber zu dickeren Strähnen zusammen, als ob ein die einzelnen Fasern einscheidender Stoff im Schwinden begriffen wäre.

Wie die Grundsubstanz so ändert aber auch die Kapsel und die Knorpelhöhle ihr Aussehen. Liegt nämlich im übrigen Knorpel zwischen der Zelle und der Kapsel, bei Färbung mit basischen Farben, im Unterschied zur Färbung mit s. Orcëin, ein scheinbar farb- und strukturloser Raum, so sehen wir, wie sich jetzt in diesem, nennen wir ihn den Hof, unterhalb der Ätzstelle, Strukturen zeigen. Nachdem sich bei Färbung mit pol. Methylenblau-Glycerinäther die methylenrote Kapsel etwas verbreitert und an ihrer inneren Fläche zarte faserige Ausläufer bekommen hat, erscheint nämlich, nach Verschwinden der homogenen Kapselfärbung, der ganze Bereich der Kapsel und des Hofes bis an die Zelle heran aus kleinen, rot umsäumten, mit einer farblosen Masse gefüllten Vakuolen zusammengesetzt. Die Füllmasse dieser erweist sich bei Färbung mit Hämatoxylin-Eosin durch ihre blaue Farbe als deutlich mucinhaltig; bei Gent.-Alaun-Jod-Eosin scheidet sie fädiges Fibrin ab.

Bei weiterer Kalieinwirkung verschwindet diese Füllmasse der Vakuolen und endlich auch, indem es von dem Rande her zusammensinkt, deren spongiöses Gerüst. Von dem regelmäſsig in zierliche polyedrische Facetten radiär um die Zelle angeordneten Fachwerk bleiben zuletzt an der Peripherie der Zelle nur noch einige Facettenreihen oder auch nur Reste spongiöser Fäden sichtbar, auf die sich dann bei dem nun eintretenden Zerfall der Zelle basophile Granula niederschlagen.

Die methylenrote Färbung finden wir im ganzen Ätzbereich vor, als den Gebilden in der Umgebung der Knorpelzelle eigen; wir finden sie auch, bei Protoplasmafärbung, wie wir sehen werden, in den Ausläufern der perichondralen Zellen wieder. Sie erinnert an die Farbe gewisser

Zerfallsprodukte der Zellen, wie wir sie in der Cutis gefunden haben, und sie scheint auch hier einem Eiweifskörper zu entsprechen und zwar einem Eiweifskörper, der in den Knorpelhöhlen die Facettenwände aufbauen hilft. Davon später.

Ähnliche netzförmige Felderungen trifft man bald in gröfserer Ausbreitung, bald auf einzelne sternförmig verästelte Fäden beschränkt, auch in der Zwischensubstanz. Sie sind aber hier nur artifizieller oder accidenteller Art. Man findet sie nämlich dann 1., wenn der Schnitt die Zelle selbst nicht mit und nur einen peripheren Teil ihres Trabekelwerkes getroffen hat; 2., wenn die Zelle, wovon wir später sprechen werden, in Rückbildung begriffen, fast verschwunden ist und nur noch Teile ihrer Spongiosa erhalten sind; 3., wenn bei Auflösung der Zelle aus dieser gewisse Stoffe in das Zwischengewebe der Umgebung übertreten. Diese bringen dann hier, so scheint es, an präformierten, oder wenn man an eine chemische Vermittelung des Kalis dabei denken will, an prädisponierten Stellen sich niederschlagend, über weite Strecken eigentümliche grobe Netzungen zu stande.

Ebenso wie auf den Hof, die Kapsel und die Zwischensubstanz, wirkt das Kali auch auf die Zellen ein, auch hier zum Teil gewisse feinere Strukturen dieser freilegend, zum Teil zu pathologischen Veränderungen oder zum Zerfall der Zelle führend.

Was die Strukturen betrifft, so geben sie uns zugleich Aufschluſs über die Entwickelung und Rückbildung der Knorpelzelle.

Die ausgebildete Knorpelzelle hebt sich vor allem durch ihre rein methylenblaue Färbung von ihrer Umgebung ab. Sie ist in der Knorpelmitte gelegen, von ovaler Gestalt, hat einen gekörnten Leib, der mit feinen Zäckchen in das Facettengerüst des Hofes übergeht. Der Zellleib umschliefst, wenn man sich ihn plastisch vorstellt, schneckenhausförmig ein grofses tropfenartiges Gebilde, das sich zuweilen über den Zellrand vorwölbt und unter Umständen mit breiter Fläche der Kapsel anlagert. Es nimmt an Gröfse zu, je näher die Zellen der Knorpelmitte gelagert sind; eine auffallende Vergröfserung erfährt es, wenn das kalihaltige Exsudat in die Knorpelhöhle eindringt und hier gewisse mucinartige Stoffe zur Ausscheidung bringt. Am normalen Knorpel färbt es sich nach Flemming, büfst aber diese Reaktion an der Ätzstelle ein. Mit pol. Methylenblau nicht färbbar, nimmt es bei Hämatoxylin-Eosin eine blaue und bei Färbung nach Gieson eine gelbe Farbe an. Ich will dieses Gebilde in folgendem, in Ermangelung einer besseren Bezeichnung, Zellbläschen nennen. Aufserdem enthält die Zelle zwei, gewöhnlich an den distalen Polen in der Nähe des Zellbläschens, aber sehr oft auch nebeneinander und in den verschiedensten Teilen der Zelle gelagerte Kerne.

Die Entwickelung dieser Zelle, zu der als Einheit noch das oben

geschilderte Facettenwerk des Hofes mit der Kapsel gehört, geht nun aus der perichondralen Zelle, wie es mir scheint, so vor sich. Die flachen Scheiben der perichondralen Zellen, die in gleichmäfsigen Abständen in mehrfachen Schichten alternierend gegen den Knorpel vorrücken, werden ovaler, zeigen bald zwei Kerne und heben sich von einer stärker lichtbrechenden, spaltförmigen Aufsenzone, dem Hofe, ab. Der Hof wird, indem in ihn keilförmige Abschnitte der Zwischensubstanz einbezogen werden, nach der Knorpelseite zu gröfser und die Zelle umfängt und durchsetzt ihn mit einer Anzahl zipfelähnlicher Fortsätze. Dafs diese nicht allein auf Abschmelzen des Granoplasmas infolge der Kaliwirkung beruhen, welches, wie wir sehen werden, aufserdem in der That sich in ihnen niederschlägt, sondern präformiert durch die Quellung der Zellen einesteils, andernteils durch die Demaskierung des Gewebes infolge der Aufhebung der Basophilie zum Vorschein kommen, das sehen wir an den Zellen des gegenüberliegenden Perichondriums. Die Zellenausläufer folgen hier nämlich nicht dem Kalistrom, sondern sind ihm entgegengerichtet. Diese stalaktitenförmigen Fortsätze vereinigen sich dann paarweise und bilden eine Reihe, die Zelle halbkreisförmig umstehender Spangen, die eine homogene, bald auch nun im Innern der Zelle, im Zellbläschen, auftretende Masse zwischen sich fassen. Unter Erweiterung des Hofes, Anreihung weiterer Facettenreihen rückt die Zelle gegen die Knorpelmitte. Sie hebt sich, bis jetzt nach der Cutis zu dem ungegliederten Hofe angelagert, nun auch dort durch Filarmasse von diesem ab und gleichzeitig erfolgt die Differenzierung zwischen den Gebilden des Hofes und des Zellprotoplasmas sensu strictiori. Denn die Fortsätze der Zelle, die bisher von gleicher Farbe wie diese, färben sich jetzt bei Methylenblau-Glycerinäther wahrscheinlich mit Veränderung der Ernährungsbedingungen nur noch methylenrot. (Bei der empfindlicheren Protoplasmafärbung haben die Zellfortsätze bereits von vornherein Methylenrot angenommen.)

Indem die Zelle immer neue Facetten bildet und die alten nach der Peripherie gedrängt werden, kommt es zu der Bildung eines Ektoplasmas, das den Zellleib, das Endoplasma, in gröfserem oder geringerem Umfange umgiebt und in der Kapsel seinen Abschlufs findet.

Die Rückbildung der Zellen ist in ihren Phasen kaum von den Veränderungen der Zelle, die diese von Seiten des Kali erleidet zu scheiden. Wo aber bei annähernd gleicher Kaliwirkung benachbarte Zellen einen verschieden starken Kalieffekt aufweisen, können wir als Grund Altersdifferenzen annehmen. Wir finden demnach auch bei gleichem Entwickelungsstadium der Zellen, entlang dem Perichondrium, gleichviel ob die Zellen nach der Ätzseite zu eine stärkere Kali- oder nach der äufseren Fläche hin eine schwächere, mehr eine Exsudatwirkung zeigen, die Zellen in demselben Zustand, während in der Knorpelmitte dicht

nebeneinander Zellen relativ gut erhalten neben Zellen im vorgerücktesten Zerfallsstadium liegen können.

Ferner giebt es aber auch, nehmen wir nur den äufsersten Fall, Zellrudimente, die unmöglich vom Kali in der Zeit von fünf Minuten soweit reduziert worden sein können, dafs sie der Kapsel verlustig, von Zwischensubstanz umgeben, auf einer Stufe des Zerfalls sich befinden, die unmittelbar der endlichen Resorption vorausgehen mufs. Es sind dies länglich-ovale in die Querachse des Knorpels eingestellte Zellreste, die, von Strecke zu Strecke zwischen gröfseren Knorpelhöhlen liegend, gewöhnlich bereits etwas nach dem Perichondrium hin abgeschoben worden sind. Ihre Umrisse sind verwaschen, sie enthalten weder Kern noch Zellbläschen, aber zuweilen noch Reste fädig amorpher Massen in ihrer Umgebung, in die die letzten der, aus der nun fast völlig abgeblassten Zelle, ausgeschiedenen Granula sich niedergeschlagen haben. Wenn die Zelle dann völlig resorbiert worden ist, kennzeichnen diese fädig amorphen Massen in der Grundsubstanz die Stellen, wo Zellen und Höhlen zu Grunde gegangen sind.

Von den Zwischenstufen, in die die Zellen mehr oder weniger durch das Kali übergeführt werden, führe ich, je nach der Stärke von dessen Wirkung resp. dem Alter der jeweilig betroffenen Zellen, folgende Stadien an:

1. Eine verhältnismäfsig reine Kaliwirkung können wir, wie schon angedeutet, längs dem Perichondrium der Ätzseite erwarten. Die Zellen mit ihren Höfen quellen hier stark auf. Da die Intercellularbrücken gleichzeitig schmäler und nachgiebig plastisch werden, rücken die perichondralen Zellen, sowie die nächstliegenden Knorpelhöhlen eng aneinander, ja verschieben sich übereinander und bilden zu denen der Gegenseite einen auffälligen Kontrast. Ebenso hebt sich dieser Knorpelsaum dadurch von dem übrigen Knorpel ab, dafs sich in seinen Zellen und Zellausläufern, nach der Ätzmitte zu immer dichter ein körniger basophiler Stoff ausscheidet, der die gröfstenteils noch erhaltenen Kerne und Zellbläschen fast verdeckt und den Zellen eine prononziert basophile Färbung verleiht.

2. Diese Ausscheidung von Granoplasma hält auch bei den ausgebildeten Zellen der Knorpelmitte noch an; und zwar sind es hier namentlich die Zäckchen der Protoplasmaoberfläche und später die dieser anhängenden Spongiosafäden, in die sich die Körner niederschlagen. Gegen die Stelle des stärksten Ätzeffektes hin blafst dann aber die Zelle ab, erhält ein verwaschenes Aussehen und ihre Peripherie bekommt unter teilweisem Verschwinden der Hoffacetten unregelmäfsig zackige Konturen.

3. Die Kerne und das stark angeschwollene Zellbläschen sind an den

meisten dieser Zellen noch erhalten. Zwischen ihnen liegen nun aber in der ganzen Breite des Ätzbereiches, und ihre Zahl nimmt nach dessen Mitte hin zu, Zellen, in denen auch die Kerne und das Zellbläschen zu Grunde gehen. Die Kerne rücken vorher näher aneinander, zuweilen wird ein Kern auch in dem Zellbläschen oder sogar ganz aufserhalb der Zelle sichtbar. Endlich scheiden sie eine amorphe Masse ab, in deren Nähe sich oft ein dem Kern ähnlich gestaltetes, stark lichtbrechendes Scheibchen befindet. Das Zellbläschen wölbt sich über den Zellrand vor oder teilt sich, unter Ausscheidung eines in Mitosen ähnlich geschlängelten Fäden austretenden fibrinähnlichen Stoffes (Gent.-Alaun-Jod-Eosin), in mehrere kleinere Bläschen. Aus diesen treten tropfenähnliche Gebilde mit den Fibrinfäden und den Kernrudimenten in die Zwischensubstanz resp. auch in benachbarte Höhlen über, wo sie von noch lebensfähigeren Zellen resorbiert zu werden scheinen. Mit dem Schwunde des Kernes und des Zellbläschens verliert die Zelle allmählich ihre Resistenz gegen den Druck, den die umgebende Zwischensubstanz auf sie ausübt, und das Zellenrudiment wird mit den ihm noch anhaftenden Spongiosafäden des Trabekelwerkes in die Zwischensubstanz eingeschlossen. Über dieses letzte Stadium der Zellrückbildung haben wir bereits gesprochen.

Kurz zusammengefafst sahen wir also, dafs innerhalb des Ätzherdes die ausgebildete Knorpelzelle mit einem sie umgebenden facettenartig gegliederten und die Knorpelhöhle, sowie den Bereich der Kapsel einnehmenden Spongiosawerk ein einheitliches Ganzes bildet. Wir fanden weiter, dafs diese Zelleinheit nach aufsen von einem Ring hyaliner Masse konzentrisch umschlossen wird, die dann in die eigentliche Grundsubstanz mit ihren zwischen den Zellterritorien mehr gestreckt verlaufenden, sich netzartig verflechtenden und in Hyalinmäntel eingehüllten elastischen Fasern übergeht. Neben den vollausgebildeten Zellen gab es aber auch Zellformen, in denen das Kali Stadien der Entwickelung der Knorpelzellen aus den Perichondriumzellen demaskiert hatte, wie Zellen, die aufser der Schädigung von seiten des Kali verschiedene Stufen physiologischer Degeneration darstellen mufsten.

Soviel über den mikroskopischen Befund am Knorpel.

Über die Wirkung des Kalis auf den Knorpel im allgemeinen läfst sich wohl folgendes sagen: Der Kalistrom durchdringt den Knorpel mittelst Diffusion. In erster Linie wird er hierbei, nach den neueren Untersuchungen, auf Verbindungen der Chondroitinschwefelsäure stofsen. Mörner und namentlich später Schmiedeberg haben nachgewiesen, dafs es das Chondroitin ist, welches die charakteristische Grundsubstanz des

Knorpels bildet. Und zwar ist dasselbe in Form einer Ätherschwefelsäure, als Chondroitinschwefelsäure, an eine Reihe eiweifsartiger Substanzen gebunden, die chemisch isolier- und zum Teil auch darstellbar sind, histochemisch aber noch nicht näher bestimmt werden konnten.

Ein Teil dieser Chondroitin-Eiweifsverbindungen wird das Ektoplasma der Knorpelzelle, ein Teil die Grundsubstanz zusammensetzen. Innerhalb der Kapsel werden sie Vorstufen für das Elastin + hyaline Substanz, aufserhalb der Kapsel die die elastischen Fasern enthaltende Grundsubstanz repräsentieren.

Das Kali, das im Serum gelöst den Knorpel durchdringt, wird nun diese Eiweifsverbindungen der Chondroitinschwefelsäure auflösen, um sich selbst mit dieser zu verbinden. Dabei wird in erster Linie die durch die Chondroitinschwefelsäure bedingte Basophilie der Grundsubstanz aufgehoben. Ferner verliert letztere aber auch an den Stellen stärkerer Kaliwirkung die Fähigkeit, die Knorpelhöhlen in den richtigen Abständen zu erhalten. Die Knorpelhöhlen verschieben sich deshalb dort an- und übereinander. Das elastische Fasernetz sinkt bei diesen Veränderungen der Grundsubstanz zwar zu dickeren Strähnen zusammen, bleibt aber im übrigen erhalten und ist, nach wie vor, nur mit spezifischer Färbung darstellbar. Man kann hiernach wohl mit Recht die physikalische Eigenschaft, einerseits das Knorpelgewebe dem Zuge der elastischen Fasern zu adaptieren, andererseits hierbei die Lagerung der Gewebselemente zu sichern, für die physiologische Bestimmung der Chondroitinschwefelsäureverbindungen erklären.

Auch in der Kapsel wird sich, der aufgehobenen homogenen, basophilen Färbung nach zu urteilen, das Kali mit der Chondroitinschwefelsäure verbinden. Infolge dieser Verbindung wird wohl ein eiweifsartiger Stoff aufgelöst, der im normalen ein spongiöses Fachwerk einzuhüllen scheint. Denn bei Protoplasmafärbung und der polychr. Methylenblau-Glycerinäthermethode tritt jetzt innerhalb der Kapsel wie auch des Hofes ein zierliches methylenrot gefärbtes Gerüst zu Tage, in dessen Vakuolen eine homogene nach Hämatoxylin-Eosin mucin- und nach Gent.-Alaun-Jod-Eosin auch fibrinhaltige Masse eingelagert ist. Ob nun diese zum Teil mit aus der Grundsubstanz stammt und von dort allmählich abschmelzend mit dem Exsudat in die Knorpelkapsel und -höhle übertritt, ist nicht zu entscheiden. Doch ist dies bei dem gleichen chemischen Vorgange hier wie dort wahrscheinlich. Thatsächlich nehmen die Knorpelhöhlen, die freilich schon dadurch, dafs die Kapsel mit in den Bereich des Hofes einbezogen wird, gröfser erscheinen, mehr und mehr an Umfang zu. Der mucinartige Stoff unterliegt darauf einer weiteren Zersetzung. Die Vakuolen verschwinden, die Spongiosa beschlägt sich mit dunklen amorphen Massen und sinkt zu dicht verflochtenen, zuletzt nur mit wenigen Resten die Peripherie des Zellleibes umgebenden Faserbüscheln zusammen.

Nebenher geht gleichzeitig der Zerfall des Zellleibes. Trat aber bisher bei der Kaliwirkung die Verbindung des Kalis mit der Chondroitinschwefelsäure in den Vordergrund, so wird es sich bei dem Zerfall der Zelle um eine Ausfällung der Eiweifssubstanzen auf anderem Wege handeln. Denn die distinkte, rein methylenblaue Färbung des Zellprotoplasmas und Kernes, das mit pol. Methylenblau überhaupt nicht färbbare Zellbläschen sprechen dafür, dafs Chondroitinschwefelsäure in der Zelle nicht vorhanden sein kann und sich wohl als Abspaltungsprodukt gewisser Eiweifskörper erst aufserhalb der Zelle bilden wird. Nach Durchtränkung des Zellleibes mit dem kalihaltigen Serum, Anschwellung des Zellbläschens, kommt es zu den Erscheinungen des Zellzerfalls, wie sie oben beschrieben worden sind. Namentlich ist es dann zuletzt das, ganz wie bei den Bindegewebszellen in kleinen basophilen Granulis, sich auf die Spongiosafäden der Umgebung niederschlagende Granoplasma, welches das Bild beherrscht. Aber auch in die Grundsubstanz treten, wie man an kleinen, sich von dem Zellbläschen lösenden tropfenartigen Gebilden sieht, Stoffe über. Auf deren endlicher Auflösung beruhen wahrscheinlich die in weitem Umkreise um Zellrudimente sich bildenden netzförmigen Niederschläge.

Was das Elastin betrifft, welches in der Zelle und Kapsel resp. dem Hofe, gewissermafsen in statu nascendi vorhanden sein mufs, so sehen wir in der That bei Färbung mit s. Orcëin-pol. Methylenblau-Tanninorange, dafs die Körnungen des Zellleibes durch Beimengung einer Nuance von Orcëinrot zum Methylenblau eine hochviolette Farbe annehmen und dafs auch in Kapsel und Hof eine feine hellorcëinfarbene Punktierung zum Vorschein kommt, sowie dort durch das Kali die Vorliebe für basische Farben aufgehoben ist. Ein sicheres Urteil hierüber möchte ich mir aber nicht wagen auszusprechen. Denn es ist möglich, dafs die ober- und unterhalb der Knorpelhöhlen verlaufenden elastischen Fasern, wie man sie leicht durch Gebrauch der Mikrometerschraube ins Gesichtsfeld treten lassen kann, den Orcëinton auf das Innere der Knorpelhöhlen übertragen und eine Täuschung hervorrufen können. Letztgenannter Umstand erschwert ebenso und erst recht das Verfolgen der Elastinbildung bei Färbung mit s. Orcëin allein.

Die Affinität des Kalis zur Chondroitinschwefelsäure, seine Eigenschaft, Eiweifskörper auszufällen, neben der ödematösen Durchtränkung von seiten des Exsudates, ist es somit, die uns die Knorpelzellen gewissermafsen vom Perichondrium her in rascherer Entwickelung und in der Knorpelmitte in schnellerem Zerfall zeigen. Wenn nun auch das Tempo dieses Stoffwechsels den natürlichen Verhältnissen nicht entspricht, so scheinen wir doch aus der Kaliwirkung einigen Anhalt auch für diese zu gewinnen und ich möchte deshalb für den normalen Knorpel folgende Schlüsse ziehen:

1. Die Knorpelzellen haben gemäfs ihrer physiologischen Bestimmung und der Abgeschlossenheit ihrer Lage besondere Eigentümlichkeiten. Die Zelle erscheint in gewisse Komponenten zerlegt. Vor allem scheidet sich der Protoplasmaleib in einen äufseren, mehr spongiösen Teil, dessen Lücken mit einer homogenen Masse gefüllt werden, von einem inneren, rein granulären Teil, das Ektoplasma und Endoplasma. Die Kerne haben wenig mit den gewöhnlichen Kernformen gemein. Ihr Auftreten in je zwei Exemplaren, ihre ungemein wechselnde Lage, die Armut an Chromatin, der ganze Modus des Zerfalls lassen deutliche Verschiedenheiten von den sonstigen Kernen erkennen und eher an einiges denken, was sie mit den Kernkörperchen gemeinsam haben. Neben den Kernen nimmt nun noch dazu einen grofsen Teil der Zelle das Zellbläschen ein, dem, hier im Ohrknorpel wenigstens, gewifs ein nicht geringer Teil der Zellfunktion zuzuschreiben ist. Bei scheinbarer Homogenität verrät nämlich die Masse, aus der das Zellbläschen besteht, eine komplizierte chemische Zusammensetzung. Reaktion im normalen auf Flemming, die bei Kaliätzung wegfällt, dafür aber dann einen deutlichen Mucingehalt des Zellbläschens erkennen läfst; Ausscheidung fädigen Fibrins bei endlicher Auflösung Weiter spricht für die Bedeutung des Zellbläschens, dafs wir in den Hoffacetten eine seinem Inhalt in Konsistenz und chemischem Verhalten ähnliche Masse eingelagert finden, die wiederum zu gewissen Stoffen der Grundsubstanz in verwandtschaftlichen Beziehungen zu stehen scheint. Ja man könnte das Zellbläschen geradezu als Receptakulum des Knorpelmucins auffassen. Es nimmt in den Zellen vom Perichondrium her stetig mit der Einschmelzung der Grundsubstanz zu, auf deren Kosten ja allein die Vergröfserung der Zelle resp. die Entwickelung eines Zellektoplasmas möglich ist. Ebenso erfährt es eine auffällige Vergröfserung, wenn die Chondromucoide in der Umgebung der Zelle von seiten des Kalis aufgelöst werden. Möglich, dafs das Mucin von der Zelle aus wieder von frischem verarbeitet wird, vor allem wird es aber wohl auch für die Zelle selbst von Bedeutung sein. Ist es doch im stande, der Zelle jene federnde Resistenz gegen die umgebende Grundsubstanz zu verleihen, deren auch die Zelle zur Wahrung ihrer Form bedarf. Daher wird es zum guten Teile kommen, dafs mit der Auflösung des Zellbläschens auch das Zugrundegehen der Zelle eingeleitet wird. Aufserdem steht aber noch das Zellbläschen, wie die gewöhnliche Lagerung der Kerne in seiner Nähe, ja oft innerhalb seines Umfanges beweist, auch zu diesen in naher Beziehung, eine Wahrscheinlichkeit, die durch den gleichzeitigen Zerfall beider eine Stütze erhält. Bei der Eigenart der Kerne, der vermittelnden Stellung des Zellbläschens zwischen diesen einerseits und dem Ektoplasma andererseits, könnte man annehmen, dafs in der Knorpelzelle, entsprechend ihrer Sonderstellung, eine Gruppierung der Kernsubstanzen in der Weise

stattgefunden hätte, dafs Kerne und Zellbläschen die Einheit des vulgären Zellkernes ausmachen. Im allgemeinen läfst sich wohl für die Struktur der Knorpelzelle eine Parallele mit der Ekto- und Endoplasma sowohl wie einen lymphatischen perinukleären Raum enthaltenden Epithelzelle nicht von der Hand weisen. Es ist mir bei meinen Untersuchungen nicht möglich gewesen, weiter auf die interessanten histologischen wie chemischen Details einzugehen.

2. Der Aufbau der Grundsubstanz geht von der Zelle aus vor sich. Die in ihrem Innern mit einem homogenen Stoffe (Eiweifskörper, die, an Chondroitinschwefelsäure gebunden, die Vorstufe des Elastins + hyaline Substanz bilden) angefüllten Facetten werden durch immer neu von der Zelle gebildete nach der Peripherie abgeschoben und gehen in continuo in den Bereich der Kapsel über. Hier innerhalb der Kapsel jedoch werden die chemischen Eiweifsmoleküle eine Umordnung derart erfahren, dafs eine Differenzierung des Elastins eingeleitet wird und wir als Ausdruck hierfür am normalen Knorpel die homogene Kapselfärbung wahrnehmen. Jenseits der Kapsel ist die Differenzierung des Elastins vollzogen. Die Facettenwände sind verschwunden. An ihrer Stelle werden sich an einzelnen Centren Deposita von Elastin gebildet haben, die der Druckwirkung von aufsen folgend reihenweise, jetzt konzentrisch, nicht mehr wie die Facetten radiär angeordnet, aneinandergeschlossen und von hyaliner Substanz umgeben werden. Es bleibt infolgedessen aufserhalb der Kapsel und des regelmäfsig facettierten Ektoplasmas ein Saum übrig, der mit dem Kapselring die cirkuläre Anordnung gemein hat, im übrigen aber schon das Aussehen der Grundsubstanz zeigt. An dem Saume dieses Ringes werden sich dann, je nach den Zug- und Druckrichtungen, elastische Fasern von verschiedenem Verlauf anlegen, die ihre Fortsetzung in unter gleichen Verhältnissen sich bildenden Fasern der Nachbarschaft finden. Bei Spannungsunterschieden zwischen den einzelnen Zellgebieten lösen sich diese Fasern mit ihren Hyalinmänteln los und bilden unter Verschmelzen der letzteren das elastische Netz der nun ausgebildeten Grundsubstanz. (Die Stellen, wo die Hyalinmäntel der elastischen Fasern miteinander verschmelzen, sind es vielleicht, die der Einwirkung des Kalis leichter unterliegen und nun durch in Netzform sich niederschlagende amorphe Massen gezeichnet werden.) — Das elastische Fasernetz des Knorpels schliefst sich per continuitatem an die aus der Circumferenz der perichondralen Zellen hervorgehenden elastischen Fasern an. Diese stellen gewissermafsen eine primitive Zwischenschicht ohne hyaline Umscheidung dar. Die Einstrahlung dieser Fasern in den normalen Knorpel ist deshalb, so lange sie nicht von Grundsubstanz verdeckt sind, sichtbar und war schon früher bekannt. Nach Abscheidung von Grundsubstanz seitens der sich entwickelnden Zellen wird ihr Verlauf maskiert. Die Richtung der

perichondralen Fasern muſs aber entsprechend den Druck- und Spannungsverhältnissen allmählich mit der der elastischen Fasern im Innern des Knorpels zusammenfallen, so daſs sie mit ihnen Linien von Punkten gleicher Druckwirkung darstellen und das Aussehen haben, als zögen sie von Perichondrium zu Perichondrium.

Die Grundsubstanz erhält nicht wenig Material aufserdem zugeführt durch die Zellen, die, degeneriert, der Kapsel verlustig gehen und erst diese, danach aber auch die übrige Spongiosa ihres Ektoplasmas direkt dem Zwischengewebe zuführen. Diese zuletzt von der Zelle als fädenartige Massen abgeschiedene Spongiosa, wie auch die Substanz des zerfallenden Zellleibes selbst, wird sich so lange in Elastin und elastische Fasern umwandeln können, so lange noch Reste jener homogenen Masse in ihrer Umgebung vorhanden sind, die Umwandlung in Elastin zu vollziehen. Anderenfalls werden alle diese Zelltrümmer als corpora mortua von der Zwischenschicht eingeschlossen, um einer endlichen Resorption entgegengeführt zu werden.

Die Regeneration des Knorpels, seiner Zellen wie der zwischenliegenden Grundsubstanz erfolgt vom Perichondrium aus. Wenn die Zellen der Knorpelmitte, nur bis zu einem bestimmten Zeitpunkt lebensfähig, später degenerieren und mit dem ganzen Gebiet der von ihnen gelieferten Grundsubstanz von neu sich in der Knorpelmitte entwickelnden Zellgebieten ersetzt und verdrängt werden, ist es notwendig, daſs auch das in der Zwischenschicht eingebettete Fasersystem, den wechselnden Druckverhältnissen entsprechend, fortwährend einer allmählichen Neuanordnung unterworfen ist. Gleichzeitig der beste Beweis dafür, daſs die elastischen Fasern von den Zellen gebildet sein müssen. Der vis a tergo der lebensfähigen Knorpelmitte folgend, wird das abgenutzte Material, das ja von dem Zentrum der zu Grunde gegangenen Zelle nicht mehr erneut werden kann, nach dem Perichondrium hin abgeschoben. Hier wird es von den Fortsätzen der perichondralen Zellen um- und durchwachsen und gelangt in den regeren Stoffwechsel dieser noch mit der Matrix in Verbindung stehenden Zellen. Unbrauchbares wird von diesen abgeschieden werden, noch Brauchbares hilft die nun aus diesen Zellen sich entwickelnden neuen Knorpelzellen bilden, die nach der Knorpelmitte zu reifen Zellen auswachsen.

In der That hat schon Schwalbe und auch andere das Wachstum des Knorpels durch Apposition von seiten des Perichondriums bewiesen, wie auch von mehreren Seiten z. B. von Gerlach, ebenso von Hanssen auf eine Degeneration von Knorpelzellen infolge totaler Metamorphose in elastische Substanz hingedeutet worden ist.

Die Abhandlung von Hanssen „über Genese einiger Bindegewebssubstanzen“ bot für mich um so mehr Interesse, als dieser nach

theoretischen Erwägungen zu derselben Auffassung über die Bedeutung der aufgehobenen Basophilie, allerdings nur am hyalinen Knorpel, gelangt war, zu dem mich die Kaliwirkung direkt geführt hatte. Auch im übrigen fand ich in der HANSSENschen Arbeit viel Analoges. An einzelnen Knorpelstellen deckte sich mein Befund sogar völlig mit den jener Abhandlung beigegebenen Abbildungen. Im allgemeinen bin ich, wie ein Vergleich mit jener Arbeit zeigen wird, was den elastischen Knorpel betrifft, zu anderen Schlüssen gekommen. Es gilt dies namentlich von den extracellulär auftretenden, von HANSSEN als Beweis extracellulärer Entwickelung von Fibrillen angeführten und fibrillogene Sterne genannten, Fasercentren, die ich auf die oben angeführte Weise gedeutet habe. Leider ist es mir nicht möglich, an der Hand von Abbildungen auf die einzelnen Punkte weiter einzugehen.

Zum Schlusse bemerke ich noch, dafs die gewonnenen mikroskopischen Befunde, bei Annahme der oben aufgestellten Hypothese, zur Klärung zweier Fragen beitragen würden.

1. Der Frage, ob, wenn man, wie es heutzutage fast allgemein geschieht, die Knorpelgrundsubstanz als Absonderungsprodukt der Zellen, das heifst, als reine Intercellularsubstanz auffafst, auch die Kapsel als Zellenausscheidung zu gelten hat, oder ob die Kapsel, mit der Zelle in engerem Konnex, der Zwischensubstanz gegenüber gestellt werden mufs. Wir müssen nämlich nach vorausgegangenem die Kapsel zur Zelle rechnen. Denn erstens geht das Spongiosawerk in continuo von der Peripherie der Zelle in die Kapsel über; zweitens ist dieses, nach Aufhebung der Basophilie, im Gegensatz zur Grundsubstanz, gleich der Zelle mit pol. Methylenblau, wenn auch in anderer Nuance als diese, färbbar; drittens schliefst sich die Spongiosa wie die Kapsel konzentrisch der Form der Zelle an. Hinwiederum können wir von Intercellularsubstanz nur dort reden, wo aufserhalb der Kapsel andere Färbbarkeitsverhältnisse einen neuen Chemismus bekunden, und die Struktur nicht mehr die Form der einzelnen Zellcentren erkennen läfst.

2. Dürfte aber auch die viel erörterte Frage der Ernährung der Knorpelzellen eine annehmbare Lösung finden. Denn ist es andem, dafs die Knorpelzellen in kürzerer oder längerer Zeit, wenn sie ihre Stoffe zu Grundsubstanz verarbeitet haben, wieder zu Grunde gehen, so ist die Frage nach einer Ernährungsflüssigkeit und deren Bahnen, die ja immer ein Problem geblieben sind, nicht mehr nötig. Denn die Knorpelzelle enthällt eben zu dem Zeitpunkt, wo sie sich mit der Kapsel umgiebt, bereits das Material, was für ihre Existenz und Funktion notwendig ist. Umschlossen von der Grundsubstanz, wie eine Larve im Chitingehäuse, wird sie einem verhältnismäfsig langsamen Stoffwechsel unterliegen. Ist aber ihr Material einmal verbraucht, so wird dieses, bei dem völligen Abschlufs nach aufsen,

nicht wieder ersetzt werden können, und die Zelle wird degenerieren. Dadurch aber, dafs vom Perichondrium her Zelle um Zelle ihre Stoffe zur Bildung der Grundsubstanz heranträgt, wird dieses Manko der Ernährung des Knorpels gedeckt und ein Stoffwechsel möglich, wie er bei der notwendigen Abnutzung des elastischen Materials zu erwarten war. Ein Wachstum der Knorpelzelle durch Aufnahme von Stoffen, bei der es sich aber mehr um Aufspeicherung und Verwertung mucinartiger Körper aus der Grundsubstanz handelt, ist nur so lange denkbar, als es noch nicht zur Bildung der Kapsel gekommen ist.

Inwieweit die an dem Netzknorpel des Kaninchenohres gewonnenen Resultate bei den anderen elastischen Knorpeln und auch bei dem hyalinen und Bindegewebsknorpel Geltung finden, müssen weitere Untersuchungen lehren. Aufserdem, sollte man aber meinen, bietet die Knorpelzelle in ihrer strengen Isolirtheit und Gliederung, ein so günstiges Untersuchungsobjekt, dafs ihre Verhältnisse, bei Berücksichtigung der durch ihre spezifische Funktion bedingten Eigentümlichkeiten, auch auf die Bindegewebszelle übertragen und für die Lösung der Frage, wie die kollagenen und elastischen Fasern im Bindegewebe gebildet werden, verwertet werden könnten.

Aus Dr. Unnas Dermatologicum in Hamburg.

Eine neue Färbungsmethode für Kollagen.

Von

Dr. Antonina Marullo-Neapel.

Die im folgenden beschriebene Methode ergiebt eine scharfe Doppelfärbung. Das Kollagen färbt sich dunkelblau, alle übrigen Gewebe gelbgrün.

Vorbehandlung:

1. Alkoholhärtung.
2. Einbettung in Celloidin und Schneiden.
3. Alkoh. 80%.
4. Alkoh. absolut.
5. Alkohol + Aether ā, um das Celloidin wegzubringen.
6. Alkoh. absolut.
7. Alkoh. 80%.

Erste Färbung 10 Minuten in folgender Mischung:

Orcëin	1,0	Vorrätig bei Grübler, Leipzig. (Nach Angabe von Unna, *diese Zeitschr.*, Bd. 34, S. 395.)
Wasserblau	1,0	
Eisessig	5,0	
Glycerin	10,0	
Alkoh. abs.	60,0	
Aq. dest. ad	100,0	

Zweite Färbung, gleichzeitig mit partieller Entfärbung. Nach Abspülung in Alkohol absol. bleiben die Schnitte 1½—3 Stunden in einer Pikrin-Eosin-Anilinmischung.

Dieselbe wird folgendermafsen hergestellt:

a) *Anilin pur.* g 3,00
Pikrin „ 0,02.

Die Pikrinsäure wird auf einen kleinen Wattefilter gethan und das Anilinöl bis zur völligen Lösung der Pikrinsäure wiederholt hindurchfiltriert.

b) *Anilin pur.* g 3,00
Eosin „ 0,02.

Hiermit wird ebenso verfahren. Dann werden beide Filtrate[1] zusammengegossen und diese Mischung wird zum Färben und Entfärben benutzt.

Die so umgefärbten Schnitte kommen in Xylol zur Entfernung des Anilins und dann in Canadabalsam.

Bei dieser Methode bedient man sich vier saurer Farben: Wasserblau, Orcëin, Pikrin und Eosin. Erprobt ist die Methode bei Rhinophym, Ulcus molle, normaler Haut, Fibrolipom und Carcinom.

Die Resultate waren bisher immer konstante.

Hier gestatte ich mir meinem hochverehrten Lehrer, Herrn Dr. P. Unna, für die Anleitung bei dieser Bearbeitung meinen ergebensten Dank auszusprechen.

[1] Diese gesättigten Pikrinsäure- und Eosin-Anilinlösungen sind bei Grübler, Leipzig, vorrätig. Man stellt obige Mischung hieraus dar durch Zusammengiefsen gleicher Mengen.

Aus der Praxis.

Zu der von Dr. Rasch vorgeschlagenen Verbesserung der Zinkleimdecke.

Von

Dr. med. et phil. A. Sack,
leitender Arzt am Heidelberger Sanatorium für Hautkranke.

Die Applikationsmethoden spielen in der dermatologischen Technik gewifs keine unbedeutende Rolle. Deswegen ist jeder Vorschlag, der auf eine wirkliche Verbesserung eines unvollkommenen Verfahrens hinausgeht, nur mit Freuden zu begrüfsen. So schlägt auch Herr Dr. Rasch[1] vor, die Zinkleimdecke, die man bis jetzt nach Unnas Vorgang mit zerzupfter Watte übertupfte, von nun an mit fein verteiltem Puder zu decken, wodurch nach Dr. Rasch die Mängel des ursprünglichen Verfahrens ganz aufgehoben werden. Die Notiz des Kollegen Rasch interessierte mich um so mehr, als ich selbst, seit 1½ Jahren schon, ganz unabhängig von ihm, durch einen Zufall darauf geführt, in sehr zahlreichen Fällen das von ihm jetzt beschriebene Verfahren in meinem Sanatorium anwandte, es aber schliefslich doch wieder fallen lassen mufste, weil ich mich überzeugt hatte, dafs es gegenüber der Wattemethode mehr Nachteile als Vorteile aufweist, namentlich wenn es darauf ankommt, gröfsere Hautflächen für längere Dauer unter Leimabschlufs zu bringen. Denn schon nach verhältnismäfsig kurzer Zeit trocknet die Leimdecke unangenehm aus, ihre Elastizität verliert sich nach und nach vollständig, sie springt nach allen Richtungen, die zwischen den Rissen eingeschlossenen Inseln der Leimdecke werfen sich wie Schuppen auf, schneiden infolge ihrer Härte in die Haut ein und verursachen sogar Schmerzen bei besonders empfindlichen Patienten. Diese Nachteile fallen bei Anwesenheit von Ichthyol im Zinkleim noch unliebsamer auf. Deswegen ist mir nicht ganz verständlich, wie Herr Dr. Rasch bei diesen Zinkleimpuderverbänden die Geschmeidigkeit und die Aufsaugungsfähigkeit der Leimdecke für Wasser und Fette besonders hervorhebt. Ich bemerke, dafs ich bei meinen Versuchen Kartoffelmehl in möglichst dünner Verteilung als Puderdecke nahm. Schliefslich bin ich doch zum ursprünglichen Unnaschen Verfahren wieder zurückgekehrt, mit dem ich nach wie vor zufrieden bin, weil dieses wirklich eine elastische Decke bildet. Das Puderverfahren kann höchstens für kleinere Flächen und für kürzere Zeiten angewandt werden.

[1] *Diese Zeitschrift.* Bd. 35, Heft 10, S. 477.

Fachzeitschriften.

Lepra.

Band III, Heft 1.

I. Über das Projekt eines „Sanatorium" für Lepröse in den Vogesen. Von Sauton-Paris.

Verfasser, der die Absicht hat, das Sanatorium zu errichten, wendet sich gegen den von Besnier in dieser Angelegenheit erstatteten Bericht. (Vgl. Ref. Bd. XXXIV, S. 507.) Er weist nach, dafs die Gründung eines Sanatoriums vom menschlichen, vom prophylaktischen und vom wissenschaftlichen Standpunkte betrachtet wirklich von Nutzen sei und dafs die Pläne und Anlagen, die Einrichtungen für Asepsis, Antisepsis und Desinfektion, sowie die beabsichtigten Mafsnahmen für eine sichere Isolierung der Kranken in vollstem Mafse einen Schutz des Volkswohls gewährleisten.

II. Beobachtungen über Lepra. (Statistisch erläutert durch Tabellen über die in „Reitzjärdets Pleiestiftelse" bei Trondhjem von 1861—1900 behandelten Fälle.) Von A. Sand.

Von 1678 Leprösen gehörten 1080 dem männlichen, 598 dem weiblichen Geschlechte an; 1145 litten an tuberöser, 533 an maculo-anästhetischer Lepra. Von 1124 Verstorbenen waren zwei Drittel Männer, ein Drittel Frauen; 835 hatten die tuberöse, 289 die maculo-anästhetische Form. — Von 788 in den letzten zwanzig Jahren behandelten Leprösen waren 37 geisteskrank (4.7 %). — Haupttodesursachen waren Tuberkulose der Lungen oder anderer Organe, sowie Marasmus. — Die mittlere Lebensdauer betrug bei tuberösen Männern 39,9, bei den Frauen 37,8 Jahre, die mittlere Krankheitsdauer bei Männern $9^1/_4$, bei Frauen 10 Jahre; das Durchschnittsalter beim Krankheitsausbruch war bei Männern 30,7, bei Frauen 27,8 Jahre. Bei der maculo-anästhetischen Form sind die entsprechenden Zahlen für die mittlere Lebensdauer 50,7 und 52,6 Jahre, für die mittlere Krankheitsdauer 14,3 und 19,8 Jahre, für das Durchschnittsalter beim Krankheitsausbruch 36,5 und 32,8 Jahre. In beiden Krankheitsformen und bei beiden Geschlechtern bricht die Krankheit in der Regel gerade im kräftigsten Alter aus; von 1124 Leprösen befanden sich 510 beim Krankheitsbeginn im Alter 20—40 Jahren; die übrigen 600 gehörten zu gleichen Teilen dem Alter unter 20, resp. über 40 Jahre an. — Dafs die Zahl der leprösen Männer so ungleich gröfser ist, als die der Frauen, erklärt Verfasser dadurch, dafs die Frauen mit der Aufsenwelt weniger in Berührung kommen und somit der Ansteckungsgefahr weniger ausgesetzt sind als die Männer, deren Thätigkeit aufserhalb des eigenen Hauses sie viel häufiger mit anderen Menschen in Berührung bringt. — Unter 478 Ehen zwischen Leprösen mit Nicht-Leprösen konnte Verfasser nur 15 Fälle sammeln, wo beide Eheleute von Lepra ergriffen wurden; in 97 % der Fälle hat also keine nachweisbare Ansteckung stattgefunden. Durch direkten Verkehr von Individuum zu Individuum wird demnach die Lepra in der Regel jedenfalls nicht übertragen. Dem Verfasser ist auch keine einzige direkte Übertragung der Krankheit durch Kranke der Anstalt in den letzten 40 Jahren bekannt geworden. — Die meisten Todesfälle kamen in den Sommermonaten Mai bis incl. September vor, die wenigsten in den Frühjahrs- und Herbstmonaten.

III. Ein alter italienischer Lepraherd in den Seealpen. Von Bonnet-Marseille und Ehlers-Kopenhagen.

Im französischen wie im italienischen Gebiete der Seealpen ist die Lepra seit undenklichen Zeiten endemisch. Die Verfasser haben den französischen Teil dieses

Gebietes bereist und berichten über ihre Studien. Der erste Teil enthält nur historische Mitteilungen, aus denen hervorgeht, daſs die Einschleppung der Krankheit wahrscheinlich auf die Phönizier zurückzuführen ist. Mit gröſserer oder geringerer Heftigkeit herrschte das Leiden zu den verschiedenen Zeiten, ohne wohl je ganz ausgestorben zu sein. (Fortsetzung folgt.)

IV. **Lepra und kongenitale symmetrische Keratodermie.** Von George Pernet-London.

Verfasser stellt fest, daſs der von Gilbert White mitgeteilte und von anderen Autoren mehrfach citierte Fall von ausschlieſslich auf Handflächen und Fuſssohlen beschränkter Lepra nichts mit Lepra zu thun hat. Nach Whites Beschreibung handelt es sich vielmehr um einen Fall von angeborener symmetrischer Keratodermie (Keratoma palmare et plantare); merkwürdig an dem Fall war, daſs die Bildung der Hornmassen regelmäſsig im Frühjahr und Herbst erfolgte, nach kurzem Bestehen lösten sie sich völlig ab und hinterlieſsen eine so dünne, zarte Haut, daſs der Patient sich in einem völlig hülflosen Zustande befand.

V. **Gefahren, die uns durch die Lepra drohen.** Von M. A. Kermorgant-Paris.

In einer kurzen historischen Übersicht zeigt der Verfasser, daſs von den Verwaltungen der überseeischen französischen Besitzungen zu allen Zeiten Anstrengungen gemacht wurden, der Ausbreitung der Lepra entgegenzutreten. Das angestrebte Ziel wurde aber teils aus Mangel an Geldmitteln, teils infolge fehlender Machtvollkommenheit, alle Kranken zu isolieren, nicht immer erreicht. Die Gefahr der Ausbreitung wächst beständig durch die zunehmende koloniale Ausdehnung aller Völker, durch die stetig sich steigernden Verkehrsbeziehungen mit leprösen Ländern und durch die erleichterten Verkehrsbedingen. Jedes Jahr wächst die Zahl der aus den Kolonien kommenden Europäer, die im Hospital St. Louis wegen Lepra Aufnahme finden. Nicht gering ist die Zahl derer, die, mit Lepra behaftet, in die Heimat zurückkehren und in engstem Verkehr mit ihrer Familie leben. Es ist deshalb dringend geboten, das Volk aufzuklären über die Gefahr der Ansteckung; es müssen ferner Maſsnahmen getroffen werden, die den Leprösen in den Kolonien verbieten, ihr Gewerbe als Bäcker, Metzger u. s. w. auszuüben. Zur Isolierung der aus den Kolonien heimkehrenden Leprösen müſsten Sanatorien errichtet werden, nicht Lepraspitäler, die zu sehr an das Mittelalter erinnern.

VI. **Korrespondenz von Sauton und Bemerkung zur Antikritik des Herrn Dr. Sauton**, von L. Glück.

Polemik im Anschluſs an die in der *„Lepra“* erschienene Besprechung Glücks über das Werk Sautons: La Léprose. *A. Loewald-Graudenz.*

Annales de Dermatologie et de Syphiligraphie.

1902. Heft 8—9.

Über Pyodermitis serpiginosa linearis, von W. Dubreuilh. Unter der Bezeichnung Pyodermitis serpiginosa linearis stellt D. eine neue Varietät der von Leloir geschaffenen Gruppe der Pyodermitiden auf.

Bei dieser Form bilden sich in der Epidermis kleine Pusteln, die anfangs nur ½—1 mm breit sind, bei einer Länge von 1—2 cm. Sie haben einen ursprünglich serösen Inhalt, der sich durch nachträgliche Staphylo- oder seltener Streptokokkeninfektion eitrig trübt, und ruhen auf einem roten, entzündlichen, infiltrierten Grunde. Sie beschreiben ganz unregelmäſsige Formen, gleichen bald einem S oder C. u. s. w. und werden von den Autoren übereinstimmend mit einem riesigen Krätzmilbengang

verglichen. Sie bilden grofse Herde, unter denen sich alle Stadien der Entwickelung vorfinden, frische Pusteln neben vereiterten und neben Krusten.

Die Krankheit entwickelt sich in den verschiedensten Lebensaltern und an bedeckten und unbedeckten Körperstellen, dauert 2—3 Monate, verursacht aufser Jucken und Brennen keine weiteren Störungen. Ätiologie noch unbekannt. Als Behandlung bewährten sich dem Verfasser am besten Umschläge von Höllensteinlösung (1,0 : 30,0).

Der Arbeit sind vier Krankengeschichten beigegeben.

Beitrag zum Studium der Myiasis externa dermatosa, von F. Balzer und M. Schimpff. Die kleine Abhandlung enthält zwei neue Beobachtungen. Ein Tagelöhner hatte sich auf den Rat seines guten Freundes sein Beingeschwür mit einem grünen Blatt bedeckt. Mit diesem Verband hielt er — es war im Hochsommer — seine Siesta im Freien, in der Nähe eines Sumpfes. Beim „Verbandwechsel" entdeckte er, dafs sein Geschwür sich sehr vergröfsert hatte und dafs es von Larven wimmelte. Die Larven wurden mit grofser Wahrscheinlichkeit als die der Sarcophila magnifica, einer kleinen grauen Fliege, bestimmt. Im zweiten Falle handelte es sich um eine ganz verwahrloste Frau, deren Kopf neben Filzläusen in grofser Menge die Larven einer Muscideenart beherbergte. In beiden Fällen gelang die Beseitigung des Ungeziefers sehr leicht. Die Verfasser sind der Ansicht, dafs diese Insekten von den Hautexsudaten leben und nicht nötig haben, zu ihrer Ernährung die Gewebe anzugreifen. Thatsächlich war in ihrem zweiten Falle die Kopfhaut auch ganz unversehrt.

Türkheim-Hamburg.

Bollettino delle malattie veneree, sifilitiche urinarie e della pelle.

1902. Bd. III, No. 4.

Über den Gebrauch schwefelhaltiger Quellen in der Behandlung der Syphilis, von E. Vidal. Verfasser empfiehlt den Gebrauch natürlicher schwefelhaltiger Thermalquellen in drei Fällen, nämlich: 1. bei frischer Syphilis, nach der regulären Schmier- und Jodkur und nachdem wenigstens ein Jahr lang keine neuen Symptome aufgetreten sind; 2. bei schwerer Syphilis mit häufigen Rezidiven und 3. bei Merkurialkachexie.

Die Unterstützungskur in der Syphilistherapie, von Vincenzo d'Amato. Wenn die Ernährung und der Allgemeinzustand eines Syphilitikers sehr daniederliegen, ist es nötig, die Quecksilberbehandlung durch Auxiliarkuren mit Zittmannschen oder Pollinischen Dekokten, mit Eisen, Arsen und anderen Roborantien zu unterstützen. Verfasser teilt mehrere Fälle mit, in denen eine solche tonisierende Behandlung vorzügliche Erfolge hatte.

Iwan Bloch-Berlin.

Bücherbesprechungen.

Praktische Kosmetik für Ärzte und gebildete Laien, von P. J. Eichhoff-Elberfeld. Zweite Auflage. (Franz Deuticke, Leipzig und Wien. 1902.) Die zweite Auflage des bekannten Werkes über Kosmetik schliefst sich eng an die erste an, „da in der Zwischenzeit wenig neue Behandlungsweisen und Mittel, die von bleibendem Wert waren, aufgekommen sind". An dieser Thatsache läfst sich im allgemeinen gewifs nichts bestreiten; indessen vermifst man doch in dem Buche mancherlei Neues,

an dessen Wert die vielfach bestätigten guten Erfahrungen eigentlich kaum einen Zweifel lassen. Um nur zwei Beispiele anzuführen, so hätte das Formol in der Behandlung der Hyperidrosis doch wohl Erwähnung verdient, und die Anwendung der Röntgenstrahlen bei Hypertrichosis und den parasitären Erkrankungen behaarter Teile ist den üblichen Behandlungsmethoden doch sicherlich gleichwertig, wenn nicht überlegen. — Das Buch ist für Ärzte und gebildete Laien bestimmt. Dem Arzte wird es zweifellos ein stets willkommener Ratgeber sein. Er findet in dem allgemeinen Teil Belehrung über Art und Herstellung der verschiedenen Cosmetica und in dem speziellen eine ausführliche Beschreibung des Wesens und der Therapie nicht bloſs der Schönheitsfehler der Haut, sondern auch einer Anzahl ausgesprochener Hautleiden. Neben der Kosmetik der Haut, Haare und Nägel hat dankenswerterweise auch die Kosmetik des Mundes und der Zähne, der Nase, der Augen und der Ohren Platz gefunden. Eine Fülle bewährter Rezepte wird es dem Arzte nie an Auswahl fehlen lassen. — Ob der „gebildete Laie" den gleichen Nutzen aus dem Werke ziehen wird, ist nicht sicher. Es wird der Fall sein, wenn er sich darauf beschränkt, nur das aus dem Buche herauszulesen, was für ihn bestimmt ist. Dahin gehören vor allem der ganze Abschnitt über die „Hygiene in der Kosmetik" und die in dem speziellen Teil den Hauptabschnitten vorausgeschickten, einleitenden Bemerkungen, z. B. über Pflege der Haare und des Haarbodens. Diese Ausführungen, in feuilletonistischem Stil gehalten, bieten soviel Beherzigenswertes, daſs eigentlich jeder Laie, der darauf Anspruch macht, als „gebildet" zu gelten, sie gelesen haben müſste. Diese Ausführungen, zu einem besonderen Werkchen zusammengefaſst, dürften für den Laien vielleicht wertvoller sein als der Besitz der ganzen „Kosmetik". Auſserdem wäre dann mit Sicherheit eine weit gröſsere Verbreitung im Publikum zu erwarten.

A. Loewald-Graudenz.

Ärztliches Jahrbuch, herausgegeben von von Grolman. (Johannes Alt, Frankfurt a. M. 1903.) Das vorliegende Jahrbuch bringt einige Neuerungen. Vor allem giebt der Herausgeber ein Verzeichnis der neueren Heilmittel von der Salicylsäure bis zum gegenwärtigen Datum unter Weglassung aller bekannten älteren Medikamente. Jedem Mittel ist eine kurze ausreichende Beschreibung beigegeben. Neben einem Verzeichnis der öffentlichen und privaten Spezialheilanstalten Deutschlands, der wichtigsten Kur- und Badeorte unseres Landes, einem Artikel über Sehnenüberpflanzung von Vulpius-Heidelberg, therapeutischen Mitteilungen aus der Litteratur des Jahres 1901/1902, einer Abhandlung über Nährpräparate und anderem enthält das Büchlein noch einen uns besonders interessierenden Abschnitt über dermatologische Specialia.

Hopf-Dresden.

Über die ehelichen Erkrankungsgefahren, von Henry Cazalis-Aix-Les-Bains. (Van de Weghe, Brüssel. 1902.) Der erste Teil der kleinen Schrift behandelt die Gefahren, welche die ansteckenden und vererblichen Krankheiten für die Familien und die Umgebung bilden. Der zweite Teil umfaſst Reformvorschläge, welche der Verfasser giebt. Allen Soldaten sollen mit ihren Militärpässen kurze, klare Druckschriften verabreicht werden, welche über genannte Krankheiten aufklären müssen. Ferner sollen allen Eheleuten zugleich mit den Traupapieren gewisse Vorschriften in Druck übergeben werden, welche sich mit den Hauptgesetzen der Physiologie, Pathologie und Hygiene, sowie mit allen die Zeugung und Kindererziehung berührenden Fragen befassen möchten. Auf den Standesämtern müſsten bei Geburtsanmeldungen Vorschriften über Ernährung und Pflege des Kindes ausgehändigt werden.

Hopf-Dresden.

Beiträge zur Kenntnis der Lepra der oberen Luftwege und der Verbreitung der Leprabacillen, von P. H. Gerber. (A. Hirschwald, Berlin 1901.) Die Ergebnisse der besonders durch neue historische Untersuchungen wertvollen Arbeit sind folgende:

1. Den leprösen Erkrankungen der oberen Luftwege ist ein ganz besonderes Interesse zu widmen und sind durch eine entsprechende lokale Behandlung die gefährlichen Teile möglichst unschädlich zu machen.

2. Als bedeutendste Infektionsträger sind die Sekrete der Nase und des Halses anzusehen und zu vernichten. Das Nasensekret besonders spielt bei der Lepra etwa die Rolle wie das Sputum bei der Phthise.

3. Von mittelbaren Zwischenträgern beansprucht die Wäsche die nächste Aufmerksamkeit. Taschentücher, die gewaschen und wieder benutzt werden, müssen den Leprösen entzogen und ihnen an ihrer Stelle ein Material gereicht werden, das nach dem Gebrauche sofort vernichtet werden kann. *Iwan Bloch-Berlin.*

Über die Ätiologie und die Prophylaxe der Leprakrankheit, von Moritz Fürst. (Leipzig 1901.) An die Thatsache anknüpfend, dafs auch für Hamburg durch die Berichte des Medizinalrates (von 1897 bis 1899) die Lepragefahr (1897 waren 17, 1899 10 Lepröse in Hamburg) nachgewiesen ist, giebt Verfasser eine kurze und klare Übersicht über die Geschichte, die Ätiologie und Prophylaxe der Lepra. Er räumt der Erblichkeit neben der Kontagiosität eine gewisse Rolle ein, spricht auch die anästhetische Form der Lepra als infektiös an und fordert strengste Isolierung und Überwachung der Leprösen. *Iwan Bloch-Berlin.*

Mitteilungen aus der Litteratur.

Pathologie und Therapie des Urogenitalapparates.

a. *Penis, Urethra, Blase.*

Ein interessanter Fall von zweifelhaftem Geschlecht, von Franz Neugebauer. (*Wien. klin. Rundsch.* 1902. No. 32.) An der Hand eines Falles, den Verfasser vom 9. bis zum 18. Lebensjahre beobachtet hat, zeigt er, wie schwer, ja unmöglich es sein kann, das Geschlecht bei Zwittern zu bestimmen. Die als Mädchen erzogene Person zeigte einen wohlentwickelten, nicht durchbohrten Penis, darunter eine Vagina mit kleinen Schamlippen. Keine Hoden, keine Ovarien nachweisbar. Langes Kopfhaar, Ansatz zum Bart, männlicher Gang, männliche Stimme. Alle sekundären Geschlechtscharaktere sind, mit Ausnahme der Schambehaarung, die weiblichen Typus zeigt, männlicher Art. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Anomalien der Genitalien, von H. Roger-Paris. (*Presse méd.* 1902. No. 24.) Wahrer Hermaphroditismus, d. h. Vorhandensein sowohl von Testikeln als auch von Ovarien, ist eine aufserordentlich seltene Beobachtung. Immer handelt es sich jedoch bei allen beobachteten Fällen um unvollständigen wahren Hermaphroditismus, insofern als beim Menschen noch keine Thatsache des Ausgebildetseins beider verschiedener Geschlechtssysteme bei einem Individuum, das also befruchten und befruchtet werden könnte, berichtet worden ist. Der Hermaphroditismus verus kann ein bilateraler, ein

unilateraler oder ein alternierender sein. Letzterer deckt jene Fälle, wo auf der einen Körperseite eine männliche, auf der anderen Seite eine weibliche Geschlechtsdrüse vorhanden ist. Meist handelt es sich bei den Berichten solcher Fälle um Pseudohermaphroditismus. Man findet stets nur eine Sorte von Geschlechtsdrüsen. Wir unterscheiden Androgynen und Gynandroiden. In einzelnen Fällen ist es schwer, die Personen diesem oder jenem Geschlecht einzureihen, in manchen Fällen direkt eine Bestimmung unmöglich, wie der vom Verfasser mitgeteilte Fall beweist. Es handelte sich um ein 19jähriges Individuum, das im Infektionsspital einer Diphtherie erlag. Größe 1,58 m. Die Figur war die eines Jünglings, allerdings vollständig haarlos. Hände sehr klein; Panniculus adiposus ausgeprägt. Weibliche Konturen der Gliedmaßen. Ausgesprochene Mammabildung. Die Milchdrüsen wogen, von Haut und Fett befreit, 190 g. Die Genitalien zeigten besondere Eigentümlichkeiten. Es bestand ein etwas weiter rückwärts als normal befindlicher Penis von 3 cm Länge und $4^1/_2$ cm Umfang. Sonst war derselbe völlig ausgebildet. Hinter der Peniswurzel zeigte sich ein schwach entwickeltes Scrotum ohne Testikel. Von hier aus konnte der suchende Finger nicht in einen Leistenkanal gelangen. Bei der Autopsie ergab sich folgendes Bild: Die Blase war nach links hinüber gedrängt. Nach rechts von der Mittellinie liegt ein asymmetrischer Uterus. Das linke Horn ist nicht entwickelt. Hier fehlt auch die Tube und die rechts gut ausgebildeten Organe des Ovariums und des Ligamentum rotundum. Die Gegend des linken Eileiters nimmt ein ganz kurzer, fester Strang ein, der sich in dem Ligamentum latum verliert. Letzteres ist normal entwickelt. Weder Eierstock noch Testikel sind auf der linken Körperseite zu entdecken. Der Uterus hat eine normale Höhle. Er endet in eine sehr enge Scheide, die ebenfalls rechts von der Medianlinie gelegen ist und, sich schließlich medianwärts wendend, in der Höhe des Verumontanum in die Harnröhre mündet. Prostata und Samenbläschen fehlen. Die Urethra ist 12 cm lang, hat auch einen Schwellkörper. Der Fall dieses Patienten zeigt den selten oder nie in diesem Maße beobachteten männlichen Charakter der äußeren Genitalien bei einer Gynandroiden.

Hopf-Dresden.

Zur cystoskopischen Technik, von Felix Schlagintweit-München-Brückenau. (*Münch. med. Wochenschr.* 1902. No. 32.) Goldberg hat vor kurzem erklärt, daß er die Kathetercystoskope für ungeeignet zur Cystoskopie bei Blasengeschwülsten hält, weil beim Gebrauch derselben die rasche Entleerung der Blase durch den weiten Kanal plötzlich eintretende Druckschwankungen bewirke, und die nicht ganz vermeidbare Erschütterung beim Herausnehmen des Spülmandrins und das Einführen des Lichtmandrins mechanische Reizungen der Blase hervorrufe; beides begünstige den Eintritt von Blutungen. Demgegenüber weist Schl. auf die vielfach erprobten Vorzüge seines Kathetercystoskops hin. Die von Goldberg gerügten Nachteile werden bei diesem Instrument schon durch die Konstruktion vermieden, ohne daß eine besonders geschickte Handhabung seitens des Operateurs vorausgesetzt wird. Außer Schl. selbst hat eine ganze Reihe von Ärzten mit dem Instrument vorzügliche Erfahrungen gemacht.

Götz-München.

Behandlung der reflektorischen Anurie mit epiduralen Injektionen, von Bergouignan. (*Journ. d. pratic.* 1902. No. 33.) Bei einer seit 4 Jahren an Tabes leidenden Frau war von Beginn der Erkrankung an außerordentlich häufiger Harndrang aufgetreten, der stets von sehr heftigen, in der Unterbauchgegend lokalisierten Schmerzanfällen begleitet war. Während dieser Anfälle wurden mit großer Mühe einige Tropfen Urin ausgepreßt; die Gesamtmenge des in 24 Stunden entleerten Harns betrug höchstens 250 g. Oligurie wie Schmerzen hatten bisher jeder Behandlung

getrotzt. Da machte B. einen Versuch mit den von CATHELIN empfohlenen epiduralen Cocaininjektionen; er injizierte zuerst 0,02 und nach 3 Tagen 0,03 Cocain in den Canalis sacralis. Der Erfolg war glänzend: die Schmerzen in der Blasengegend hörten vollständig auf, die Miktionen erfolgten ohne alle Beschwerden, die Harnmenge stieg auf 2 Liter pro die. In den folgenden Monaten wurden wegen Gürtelschmerzen noch 3 Injektionen gemacht. Nach 6 Monaten traten die Oligurie und die Schmerzanfälle in der alten Weise wieder auf, verschwanden aber nach einer Injektion von 0,02 Cocain sofort wieder. — Es handelte sich in diesem Falle um eine reflektorische Anurie, bezw. Oligurie. Die epiduralen Cocaininjektionen scheinen der gemachten Beobachtung zufolge bei derartigen Zuständen, wie bei allen schmerzhaften Affektionen der Abdominalorgane, insbesondere bei Carcinomen des Uterus, des Darms, der Blase, sowie auch bei Bleikolik eine aufserordentlich schnell eintretende und anhaltende, schmerzstillende Wirkung auszuüben. *Göts-München.*

Über Anurie, von ALEXIS V. MOSCHKOWITZ. (*Med. News.* 2. Aug. 1902.) Im Anschlufs an einen selbst beobachteten Fall, wo bei einer Frau (Alter ?) 3 Tage lang komplette Harnretention bestanden hatte, ohne dafs die Ursache zu ermitteln war und schliefslich zur Nephrektomie geschritten wurde, bespricht M. die Anurie und deren verschiedene Ursachen. Es sind dies: 1. Steine. 2. Strikturen, Knickungen der Ureteren und Verlagerungen der Nieren, 3. Druck auf die Ureteren durch äufsere Ursachen, wie Beckentumoren und Exsudate, 4. gewisse reflektorische Einflüsse, welche durch Erkrankung einer Niere zu stande kommen und die sekretorische Funktion der anderen gesunden Niere verhüten. Am häufigsten sind wohl Steine als Ursache der Harnretention anzusehen. Was die Anurie durch den Druck, welchen Becken-Exsudate und -Tumoren verursachen, betrifft, so können besonders bösartige Geshwülste so ausgedehnt werden, um den Ureter so zu komprimieren, dafs dem Urin kein Durchgang mehr möglich ist. Bei der Behandlung mufs natürlich in erster Linie die schädliche Ursache entfernt werden; die Hauptindikation besteht aber nach M.s Ansicht darin, dafs die sekretorischen Funktionen der Nieren in Ordnung gehalten werden, und erst in zweiter Linie kommt der Durchgang des Urins in die Blase in Betracht; um ersteres zu erreichen, gäbe es nur eine Antwort, und das sei die Nephrotomie; die Schwierigkeit, zu erkennen, welche Niere der Operation zu unterwerfen ist, giebt zwar Verfasser zu, scheint sie aber trotz des diagnostischen Fehlschlusses, welchen er in seinem Falle gemacht zu haben freimütig bekennt, zu unterschätzen. Da Drainage und Bebebung der Kongestion des Nierenparenchyms die Hauptindikationen seien, so sei natürlich Naht der incidierten Niere absolut ausgeschlossen. *Stern-München.*

Über Störungen der Harnentleerung, von ALBERT SEELIG-Königsberg i. Pr. (*Allg. med. Centralztg.* 1902. No. 29 u. 30.) Verfasser giebt, ohne Neues zu bringen, einen kurzen Überblick über die Ursachen der Miktionsstörungen und die dabei auftretenden Symptome. Er teilt die Störungen ein in solche, die durch anatomische Veränderungen im Harn- bezw. Sexualapparat bedingt sind, und solche, die auf nervöser Basis im weitesten Sinne beruhen. Ursachen, die zur ersten Gruppe gehören, sind:

Veränderungen am Praeputium (Phimose, Rhagaden, Steinbildungen und Geschwüre);

Erkrankungen der Harnröhre (Entzündungen der Pars anterior oder posterior; Folgezustände der Entzündungen, die Strikturen; Verwachsungen oder Klappenbildungen; Steine, Fremdkörper, Tumoren, Ulcerationen);

Erkrankungen der Harnblase (Entzündungen, Steine. Tumoren, Tuberkulose);

Erkrankungen benachbarter Organe:
der Prostata (Prostatitis, Prostatahypertrophie, Tumoren, Steine):
des Darmes;
der Genitalorgane bei Frauen;
der Nieren und des Nierenbeckens.
Ursachen nervöser Art sind:
Psychische Einwirkungen, Schreck, Furcht etc.;
Neurasthenie, Hysterie, Enuresis, Epilepsie;
Gehirnerkrankungen (selten mit Harnstörungen einhergehend);
Rückenmarkskrankheiten (Tabes, multiple Sklerose, Syringomyelie, Paralysis generalis, Myelitis). *A. Loewald-Graudenz.*

Adrenalin in der urologischen Praxis, von A. v. Frisch. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1902. No. 31.) Die anämisierende Wirkung des Adrenalin ist mit Vorteil in Harnröhre und Blase zu verwenden. Die Cystoskopie gelingt bei blutender Blase, wenn man dieselbe für 3—5 Minuten mit 100,0—150,0 einer Adrenalinlösung (0,1‰) füllt. Bei operativer Entfernung von Blasentumoren mittels Sectio alta erleichtert man die Operation sehr, wenn man die Tumoren und deren Umgebung mit Adrenalin (1‰) betupft. Zur Verhütung einer Nachblutung mufs man die Wunde nähen oder verschorfen und die Blase tamponieren. — Die Einführung von Sonden bei Strikturen gelingt leichter, wenn man vor dem Eingange einige Tropfen Adrenalin (1‰) einträufelt. Die Instillation ist auch bei schwierigem Katheterismus wegen Prostatahypertrophie sehr nützlich. Noch wichtiger ist der Nutzen bei der akuten Harnverhaltung der Prostatiker, die nach der Einträufelung etwas Urin entleeren können und dadurch auch seelisch gestärkt werden. An diese Entleerung schlofs sich unter täglicher Instillation eine schnelle Wiederkehr der Funktion. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Die Technik der Cystoskopie beim Weibe, von Fred. Bierhoff-New York. (*Med. News.* 3. Mai 1902.) B. verfügt über eine Anzahl von 1000 cystoskopischen Untersuchungen bei beiden Geschlechtern und stimmt bezüglich der Schwierigkeit derselben beim Weibe mit Casper überein, welcher sagt, dafs die Einführung des Cystoskops beim Weibe leichter sei als beim Manne, dafs aber innerhalb der Blase bei ersterem die Untersuchung schwieriger sei. Das liegt daran, dafs wir es häufig mit einer Blase zu thun haben, welche am Eingange (Trigonum) oder in ihren Konturen durch pathologische Veränderungen der Beckenorgane abnorme Beschaffenheit zeigt. Aus den Anweisungen, welche B. zur Ausführung der Cystoskopie giebt, sei hier einiges angegeben. Nach Entleerung der Blase mit einem Metallkatheter wird dieselbe ausgiebigst irrigiert, bis der Urin völlig klar abläuft; zur Reinigung der Blase, sowie zu der nachfolgenden Auffüllung genügt gewöhnlich 1%ige Borlösung = 200 bis 300 ccm bei der Blase des Weibes; bei stark entzündlichen Prozessen, wo die Blase nur die Injektion geringer Menge erträgt, kann man dieselbe durch 1%ige Cocain- oder 2%ige Beta-Eucainlösung weniger empfindlich machen, ebenso kann es manchmal notwendig werden, in die Urethra bei besonderer Empfindlichkeit am Eingang derselben ein mit 2%iger Cocainlösung durchtränktes Wattebäuschchen für kurze Zeit einzulegen. Der nächste Schritt und nach B.s Ansicht der wichtigste der vorbereitenden Mafsnahmen ist ausgiebige Untersuchung des Blaseninneren, wobei man das noch unbeleuchtete Cystoskop als Sonde benutzt. Als prophylaktische Mafsregel gegen Infektion giebt B. bei diesem, sowie jedem instrumentellen Eingriff in Urethra oder Blase einige Tage lang vorher Urotropin in der Dosis von 0,5 täglich 3mal. Nachdem wir uns von der Stellung des Uterus, dem Vorhandensein oder Fehlen von

irgend welchen Geschwulstmassen überzeugt haben, schreiten wir zur Beleuchtung der Blase, wobei besondere Sorgfalt auf die Besichtigung des Trigonum, welches der häufigste Sitz der Veränderungen ist, zu legen ist; hier finden wir den gröfsten Teil von Entzündungserscheinungen und Tumoren, ebenso wie Steine und andere Fremdkörper. Die Anästhesie der Blase vermeidet B. soviel als möglich, da er hochgradige Kauterisation der anästhesierten Blasenschleimhaut und sekundäre Infektion erlebte, selbst wenn die Cystoskopie von Meistern der Kunst ausgeführt worden ist. Die Auffindung der Ureteren ist oft sehr schwierig und erfordert grofse Übung, da deren Sitz und Form grofse Verschiedenheiten aufweisen. Zur völligen Sicherheit in der Diagnose von bisher unklaren Blasen- und Nierenaffektionen bewährte sich B. die Cystoskopie als vortreffliches Mittel, das keineswegs in der Hand des vorsichtigen Arztes gefährlich, aber jedenfalls weniger gefährlich sei als die anderen, älteren Untersuchungsmethoden (welche? Ref.). *Stern-München.*

Ein neues Cystoskop für die gleichzeitige Katheterisierung beider Ureteren und für die doppelläufige Blasenspülung, von Fred. Bierhoff (*Med. News.* 8. März 1902.) Mit dem einfachen Cystoskop zum Katheterisieren war es zwar leicht, den einen Ureter zu katheterisieren, jedoch oft aufserordentlich schwierig, wenn der erste Katheter in situ verblieb, ja zuweilen ganz unmöglich, den zweiten Ureter zu katheterisieren. Das Instrument, welches nun B. zur Beseitigung dieses Übelstandes konstruierte (s. die 3 Abbildungen), ist eine Modifikation des Nitze-Albarranschen Cystoskops und besteht aus einem Cystoskop, auf welchem der katheterisierende Teil beweglich angebracht ist. Mit diesem Instrument ist es 1. möglich, die ganze Blase zu untersuchen, 2. die Füllflüssigkeit, wenn sie während der Operation sich getrübt haben sollte, zu erneuern, ohne Entfernung des Instruments, 3. einen oder beide Ureteren in einer Sitzung zu untersuchen und 4. ist die Möglichkeit eine erleichterte, einen oder beide Katheter auf Dauer zu belassen. B. hat sein Instrument zu seiner vollen Zufriedenheit in zwei Fällen bei Männern und in einem bei einem Weibe angewandt. Die Einzelheiten beim Gebrauche sind nur mittels der beigegebenen Zeichnungen verständlich. *Stern-München.*

Zur Frage der Katheterdesinfektion (nebst Besprechung des aseptischen Katheterismus), von Alfred Hock. (*Prag. med. Wochenschr.* 1901. No. 21.) Unter Änderung des Janetschen Apparates zur Desinfektion der Katheter mittels Formaldehyd empfiehlt Verfasser einen Kasten aus zwei Abteilungen. In der einen werden die Katheter durch das Formaldehyd sterilisiert, dann kommen sie in die zweite, wo das überschüssige, die Harnröhre reizende Formaldehyd verdunsten kann. Die Vorrichtung eignet sich besonders für Patienten, die sich selbst katheterisieren müssen. Die Prozedur des Selbstkatheterisierens soll folgendermafsen vorgenommen werden: 1. Herunterlassen der Hosen bis zum Knie, Hinaufrollen des Hemdes; 2. gründliche Reinigung der Eichel mit Seifenwasser, dann mit Sublimatwasser; 3. gründliche Waschung der Hände mit Wasser und Seife, Abspülen mit reinem Wasser, Abtrocknen mit reinem Tuch; 4. Entnahme des sterilen Katheters aus dem Apparat, Eintauchen in Vaselin. puriss. alb., Einführen. — Statt Vaselin ist auch Schleichs Steral oder die Katheterpaste von Guyon-Frank brauchbar; das Vaselin kann in der Blase Klumpen bilden.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Beitrag zur unblutigen Phimosenbehandlung, von Orlipski-Halberstadt. (*Münch. med. Wochenschr.* 1902. No. 35.) Der Verfasser empfiehlt zur Beseitigung selbst hochgradiger Phimosen bei Kindern und Erwachsenen die mechanische Dehnung; er selbst hat mit dieser Behandlungsmethode stets vorzügliche und andauernde Erfolge

erzielt. Er erweitert zuerst mit einer Pincette die Vorhautmündung, bis es gelingt, ein nach Art der gefensterten Nasenspekula konstruiertes Dilatatorium einzuführen; das kann gewöhnlich schon in der ersten, spätestens in der zweiten Sitzung geschehen. Mit dem Dilatatorium wird die Vorhaut nach allen Richtungen hin gedehnt; die Einführung erfolgt mehrere Male in gröfseren Zwischenräumen, das geöffnete Instrument bleibt jedesmal ca. 5 Minuten liegen. In den Zwischenräumen zwischen den Sitzungen mufs der Patient wiederholt versuchen, die Vorhaut über die Eichel zurückzuschieben. Für die Phimosen der Erwachsenen hat sich der Verfasser ein besonderes Dehnungsinstrument konstruiert, das aus 4 Branchen besteht; für die Phimosen der Kinder sind die gefensterten Spekula am meisten zu empfehlen, weil bei ihrer Anwendung die Druckgefahr eine geringere ist. *Götz-München.*

Die Komplikationen der Phimosis und deren Behandlung, von Fred. Griffith-New York. (*New York med. Journ.* 7. Juni 1902.) Gr. ist mit einer Reihe anderer Beobachter der Überzeugung, dafs wirkliche, angeborene Phimosis, wo im allgemeinen das innere Blatt der Vorhaut mangelhaft oder gar nicht entwickelt ist, selten, sondern dafs die Phimosis ein meist erst nach der Geburt sich entwickelnder Zustand ist; dabei bildet nicht abnorme Länge der Vorhaut, sondern eine Art Konstriktion die Phimosis. Die Komplikationen, welche aus der Phimosis entstehen, können in solche, die unmittelbar aus dem lokalen Zustand sich entwickeln, und in solche, die durch nervöse (Reiz-)Wirkung zu stande kommen, eingeteilt werden. Zu den zahlreichen Komplikationen der ersten Art gehören Balanitis und Posthitis, Oedema, Hypertrophie, Extravasate, Gangrän, Herpes, Ekzema, Paraphimosis, Präputialsteine, Urethritis, Cystitis, Hydrocele, Carcinoma, Anämie u. s. w.; zu der zweiten Kategorie von Fällen gehören Enuresis, abnormer Orgasmus, Melancholie, Konvulsionen, Blasentenesmus, Nasen- und Augenstörungen u. s. w. Prostatitis entsteht als eine Folge von Infektion oder mechanischer Obstruktion, Fälle von Hernien können durch eine Phimosis entweder verursacht oder zur Weiterentwickelung gebracht werden. Die Behandlungsarten der Phimosis sind hygienischer Natur, ferner die forcierte Dehnung, die Incision, Excision und Circumcision. Ein grofser Teil der Fälle findet oder würde Spontanheilung durch allmähliche Dehnung der Adhäsionen finden. Incision und Excision bilden eine modifizierte Art der Circumcisionsbehandlung und werden nur als temporäre Erleichterungsmittel angesehen. Bezüglich des Nutzens der Beschneidung für künftige Infektionen erklärt Gr., dafs er die Israeliten für Geschlechtskrankheiten ebenso empfänglich fand wie andere. Zur Vorbereitung auf die Operation empfiehlt Gr., während der vorhergehenden 24 Stunden das Organ in heifsem Wasser häufig zu baden, zur lokalen Anästhesie wendet er $^1/_2$—$^1/_8$%iges Cocainhydrochlorid in schwacher Sodalösung an. In seiner weiteren Abhandlung giebt Gr. noch eine Reihe beherzigenswerter Winke bei Ausführung der Operation (Circumcision) selbst und bei der Nachbehandlung (Verband und dessen Wechsel).

Stern-München.

Über den Wert der Frühbeschneidung (rituelle Circumcision), von S. N. Kutna, (*Med. Blätter.* 1902. No. 18.) Das Präputium ist ein Schutzorgan, das aber durch die Kleidung überflüssig geworden ist. Das Bestehen desselben bedingt manche Nachteile: wie Phimosis, Paraphimosis, Balanoposthitis, Elephantiasis, Präputialsteine, verschlimmert die venerischen Affektionen, disponiert zu Neoplasmen, macht die Eichelhaut weniger widerstandsfähig und daher leichter Infektionen zugänglich, vermindert die Fruchtbarkeit. Aus allen diesen Gründen ist die Circumcision eine zuträgliche Operation, nur darf sie keine „rituelle" sein, sondern mufs lege artis von Ärzten ausgeführt werden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über anästhesierende Verfahren bei Penisoperationen mit besonderer Berücksichtigung der OBERSTschen Methode, von JOSEF SELLEI und IGNAZ FARKAS. (*Klin. therap. Wochenschr.* 1902. No. 30.) Kondylome, kleinere Geschwülste am Penis kann man nach Infiltration mittelst SCHLEICHscher Lösung oder mittelst Acoinlösung (Acoin 0,1, Natr. chlor. 0,8, Aq. destill. 10,0) gut ohne Schmerzen entfernen. Bei Phimotomien und Urethotomia externa geht es schon weniger gut. Hier bewährt sich das OBERSTsche Verfahren. Man zieht den Penis unter Zurückstreichen der Haare durch ein Tuch, umschlingt ihn an der Wurzel mit einem Drainrohr, es mäfsig straff drehend, und spritzt an vier Stellen ringförmig je 1/4 Spritze einer 1 %igen Cocainlösung subcutan ein; eventuell wird auf die Einstichstellen Methylchlorid vorher aufgesprüht. Nach 8—10 Minuten kann man schmerzlos operieren. Das Cocain kann durch Eucain β ersetzt werden, welches auskochbar ist. Eine Anschwellung der Eichel am Tage nach der Operation ist ungefährlich. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Zur Behandlung der sogenannten „plastischen Induration" der Corpora cavernosa penis, von E. GALEWSKY und W. HÜBENER-Dresden. (*Münch. med. Wochenschr.* 1902. No. 32.) Die Verfasser haben in einem typischen Falle von plastischer Induration der Corpora cavernosa penis die Exstirpation der Geschwulst vorgenommen, nachdem, wie stets in derartigen Fällen, alle Versuche, eine Erweichung und Resorption herbeizuführen, mifslungen waren. Der Erfolg der Operation war ein vorzüglicher. Während die Erektionen vorher stets unvollkommen und sehr schmerzhaft gewesen waren, kommt es jetzt wieder zu vollständigen, schmerzlosen Erektionen; der Koitus, der vorher unmöglich gewesen war, geht nunmehr in normaler Weise ohne Schmerzen vor sich. Nur in der ersten Zeit nach der Wundheilung bestand eine ganz geringe Deviation des Gliedes, die der Patient jedoch leicht mit der Hand korrigieren konnte. Man hat bis jetzt die Operation bei der plastischen Induration der Corpora cavernosa penis gemieden, weil man fürchtete, dafs die zurückbleibende Narbe ebenso störend wirken würde wie die Induration selbst. Angesichts des hier erzielten vorzüglichen Erfolges, der nunmehr seit fast 3 Jahren andauert, schlagen die Verfasser für alle analoge Fälle die Operation vor, zumal da bisher jede andere Therapie erfolglos geblieben ist. — Die Operation war in dem beschriebenen Falle unter lokaler Anämie ausgeführt worden. Etwa 3 Wochen nach der Operation trat an der Wurzel des Penis, dort, wo der Schlauch gelegen hatte, am Dorsum eine neue, etwa bohnengrofse Induration auf, welche nicht so hart war wie die exstirpierte Geschwulst, wenig Schmerzen verursachte und sich unter indifferenter Behandlung (zweimal täglich wiederholte warme Sitzbäder) vollkommen zurückbildete. Diese Beobachtung legt den Gedanken nahe, dafs vielleicht die Entstehung all' dieser sozusagen idiopathischen plastischen Indurationen der Corpora cavernosa penis auf traumatische Einflüsse zurückzuführen ist. *Götz-München.*

Impermeable traumatische Striktur. Urethrektomie und Urethroraphie mit Fistelbildung über dem Schambein, von BASTIN-WILLIAMS. (*Policlinique.* 1902. No. 18.) Bei einem Manne mit impermeabler traumatischer Harnröhrenstriktur machte der Verfasser die Sectio alta, führte von der Blase und vom Orificium externum aus Sonden bis zur Striktur ein und excidierte dann vom Perineum aus die ganze, 1 cm lange verengte Partie. Die Urethra wurde mit dünnem Katgut vernäht, vor dem Anlegen der unteren Nähte wurde von aufsen her eine Sonde bis in die Pars membranacea eingeführt und hierauf die perineale Wunde geschlossen. Die Blase wurde offen gelassen und drainiert. Gleich nach Beendigung der Operation zog der Kranke die Sonde ein Stück weit heraus, so dafs sie nicht mehr in Berührung

mit der Wunde war; an der äufseren Harnröhrenmündung erschienen infolgedessen sofort einige Tropfen Blut. Trotzdem waren Verlauf und Erfolg ausgezeichnet: nach 14 Tagen war die Harnröhrenwunde per primam geheilt, der Patient konnte auf natürlichem Wege urinieren, die Urethra war und blieb weit. — Das hier geübte Verfahren empfiehlt der Verfasser für alle Fälle von Ruptur der Urethra und für alle impermeablen traumatischen Strikturen. Denn eine dauernde Heilung läfst sich nur erzielen, wenn nach Excision der verletzten oder verengten Partie die Harnröhrenwunde per primam heilte. Um das zu erreichen, mufs durch Eröffnung und Drainierung der Blase der Urinabflufs vom natürlichen Wege abgeleitet werden. Da trotz sorgfältigster Blutstillung Blut aus dem Corpus cavernosum ausfliefsen und zwischen die aneinandergepreſsten Wundflächen eindringen kann, empfiehlt sich die Einführung einer Sonde in die Pars membranacea, damit die Urethra komprimiert und der Ausflufs von Blut verhindert wird. In dem beschriebenen Falle war das Resultat, wie die endoskopische Untersuchung zeigte, ein sehr befriedigendes, aber infolge des Herausziehens der Sonde eben doch kein absolut vollkommenes. *Götz-München.*

Die Radikalbehandlung des Carcinoma penis, von Edw. Wallace Lee-New York. (*New York med. Journ.* 20. Sept. 1902.) Carcinom ist diejenige Form maligner Neubildung, welche am häufigsten das Glied befällt, viel seltener ist Sarkom u. s. w. Meist tritt es erst im mittleren Lebensalter auf, ist jedoch nicht gar so selten vor dieser Zeit, was zum Schaden der Patienten oft übersehen wird. Bezüglich der Ätiologie des Carcinoms glaubt L., dafs es sich in vielen Fällen auf Grund reizender Sekrete, von Unsauberkeit, von Trauma und vernachlässigten venerischen Geschwüren entwickelt. Die Entwickelung geschieht im allgemeinen langsamer als bei malignen Neubildungen an anderen Körperstellen; es kann schon eine tiefgreifende lokale Zerstörung vorhanden sein, bevor die anliegenden Drüsen befallen werden. Die Neubildung geht dann von diesen auf Prostata, Blase und schliefslich auf die Hoden über. Lee hält therapeutisch jede partielle Amputation des Penis für kontraindiciert, nicht nur wegen deren Unwirksamkeit, sondern weil dieser Eingriff von vielen unangenehmen Komplikationen, Hämorrhagien, Kontraktion des Narbengewebes und dadurch Verengerung des Introitus, Benässung der Kleider und Wunde mit Urin, Harninfiltration in das Skrotum, gefolgt ist. Die einzige rationelle Operationsmethode ist die Totalexstirpation, welche L. in 11 Fällen, wo die Neubildung natürlich auf das Glied beschränkt war, mit Erfolg ausführte, d. h. ohne Recidiv. Das von Pearce Gould im Jahre 1882 beschriebene Verfahren, wobei der Patient in die äufserste Steinschnittlage zu bringen ist, empfiehlt L. sehr warm und beschreibt dasselbe unter Beilage von zwei Zeichnungen des näheren — erwähnt sei nur, dafs das Verbleiben eines Katheters länger als 1 Tag hier nicht angezeigt ist. *Stern-München.*

Die Vibriersonde, von Laskowski. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1902. No. 14.) Da die Wirkung jeglicher in die Harnröhre eingeführten Sonde, abgesehen von den Salbensonden, als Massagewirkung aufzufassen ist, so lag es bei den bekannten Erfolgen der modernen Vibrationstherapie nahe, eine Vibriersonde zu konstruieren; Verfasser erreichte dies Ziel, indem er eine Metallsonde durch Klammern mit einer Glockenfeder verband, die dann mittelst eines Schlägels in Vibration versetzt wurde und diese Vibration auf die Sonde übertrug. Die Patienten fanden diese Form der Behandlung sehr angenehm und ohne störende Nachempfindung. Zur Behandlung kamen chronische Infiltrate, Strikturen, vor allem aber Erkrankungen des Nerven- und Muskelapparats der Harnröhre. *F. Hahn-Bremen.*

Über den „Gargarismus" der Urethra posterior, von Binaghi. (*Rif. med.* 10. Febr. 1902. No. 66.) Dieser „Gargarismus", wie ihn der Verfasser nennt, besteht darin, dafs ein Katheter von angemessenem Kaliber in die Blase eingeführt und letztere entleert wird; sodann wird mit einer Borsäurelösung gespült, der Katheter herausgezogen, bis keine Flüssigkeit mehr aus demselben hervortritt, was in dem Augenblicke geschieht, wo die Spitze des Katheters in der Urethra posterior angelangt ist. Jetzt wird von neuem Borsäurelösung eingespritzt, aber in kleinen Mengen und stofsweise. Durch den Druck der Flüssigkeit wird die Urethra posterior dilatiert und die Flüssigkeit strömt in die Blase zurück. Das Verfahren wird in derselben Sitzung mehrmals wiederholt und kann eventuell eine Ausspülung mit einer 1 bis 2 ‰igen Silbernitratlösung nachfolgen. Verfasser hat diese Methode mit gutem Erfolge bei einer Reihe von Prostatikern mit Störungen der Blase und der hinteren Urethra angewendet. *C. Müller-Genf.*

Fremdkörper in der Harnröhre des Mannes nebst Bemerkungen über die Psychologie solcher Fälle, von C. Posner-Berlin. (*Ther. der Gegenw.* 1902. Heft 9.) Verfasser berichtet über einige eigene Erfahrungen und sonstige Aufzeichnungen in der Litteratur, wo Fremdkörper verschiedener Art in Harnröhre und Blase gefunden wurden. Er bespricht kurz die gewöhnlichen Wege der Entfernung solcher Gegenstände und stellt als Ursache dieser nicht sehr seltenen Erscheinung neben Masturbation und Spielerei in manchen Fällen eine sexuelle Perversion fest.
Bernhard Schulze-Kiel.

Zur Kasuistik der Fremdkörper in Harnröhre und Blase, von Carlo Ravasini. (*Wien. med. Presse.* 1902. No. 31.) Zwölf Fälle von Fremdkörpern in der Blase: Strohhalme, Katheterstücke, Sonden, Seidennähte, Haarnadel, Wachsstäbchen, die alle operativ beseitigt wurden. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Ein eingeklemmter Stein in der Harnröhre des Weibes, von F. C. Ambiss-St. Louis. (*St. Louis med. Rev.* 10. Mai. 1902.) Bei einer 32jährigen Frau, die seit Wochen an häufigem und schmerzhaftem Urinieren litt, fand sich in der Urethra, einen halben Zoll vom Orificium entfernt, ein haselnufsgrofser Oxalatstein. Er konnte nach Cocainisierung der Harnröhre exprimiert werden. *M. Levor-Hamburg.*

Ein Fall von eingeklemmtem Harnröhrenstein bei einem vierjährigen Knaben, von J. S. Triplett-Harrisonville. (*St. Louis med. Rev.* 10. Mai. 1902.) Es handelte sich um einen unregelmäfsig ovalen, ziemlich glatten Uratstein von 0,45 g Gewicht und 1¹/₈ Zoll gröfstem Umfang, der im Bulbus urethrae festsafs und das Urinieren äufserst schwierig und schmerzhaft machte. Er wurde durch Urethrotomia externa entfernt; nach vorübergehender Eiterung heilte die Wunde vollkommen. Ein zweiter Stein wurde mittelst Sonde in der Blase konstatiert.
M. Levor-Hamburg.

Über die Behandlung der Strikturen der Harnröhre mittelst Elektrolyse, von B. N. Cholzow-Petersburg. (*Die med. Woche.* 1902. No. 22.) Die Ergebnisse seiner Beobachtungen fafst Cholzow wie folgt zusammen: 1. Von sämtlichen Methoden der Behandlung der Harnröhrenstrikturen giebt die Elektrolyse die besten Resultate. 2. Die cirkuläre Elektrolyse ist der lineären vorzuziehen. 3. Anzuwenden sind nur schwache Ströme. 4. In den meisten Fällen ist es nicht erforderlich, gleichzeitig mit der Elektrolyse zu bougieren. 5. Das unmittelbare Resultat der Elektrolyse ist rasche Erweiterung des verengten Teiles der Harnröhre. 6. Schon in einer Sitzung gelingt es, den verengten Teil bis zu einem bedeutenden Kaliber zu erweitern. 7. Ein gleich

günstiges Resultat wird sowohl bei Strikturen blennorrhoischen, wie auch bei solchen traumatischen Ursprungs erzielt, ferner sowohl bei frischen, wie auch bei veralteten Strikturen. 8. Vom Standpunkte der Dauerresultate wirkt die Elektrolyse bei blennorrhoischen Strikturen günstiger als bei traumatischen. 9. Die Behandlung ist nicht gefährlicher als die mittelst systematischer Bougieeinführungen.

Bernhard Schulze-Kiel.

Harnröhrenstriktur beim Mann, von Henry H. Koehler-Louisville. (*Louisville Journ.* 1901. No. 4.) In vorliegender Abhandlung resumiert der Verfasser die verschiedenen Behandlungsmethoden der Strikturen kritisch und teilt zum Schlufs seine eigene Handlungsweise in Fällen von Harnröhrenverengerung mit. Bezüglich der Urethrotomia interna sah er niemals bedeutende Blutungen. Bedrohlich können solche hier höchstens bei Blutern werden. Gute Erfolge erzielt man mit der präventiven Darreichung von Salol oder noch besser von Urotropin. Die Urethrotomia externa ist zuweilen nicht zu umgehen, doch wird sie vielfach auch überflüssigerweise ausgeführt. Sie verhindert Recidive ebensowenig oder vielmehr nur in gleichem Mafse wie die anderen Operationen. Die dazu unbedingt erforderliche Allgemeinnarkose hebt die Chancen des äufseren Harnröhrenschnittes nicht. Wenn irgend thunlich, beschränkt sich Koehler auf die Dilatation. Mufs man intern incidieren, so thue man dies nicht zu gründlich, gehe nicht zu tief. Die interne Urethrotomie soll gleichsam nur die Vorstufe einer gründlichen Dehnbehandlung sein. Die Elektrolyse der Strikturen erweicht sie nur etwas, dafs die Sonden passieren können, von kurativem Erfolge kann man bei dieser Methode der Behandlung nicht sprechen. Dieselbe ist also ebenfalls nur der Vorläufer der Dilatation. *Hopf-Dresden.*

Über die elektrolytische Behandlung der Verengerungen des Harnkanals, von Holzow. (*Russki Wratsch.* 1902. No. 5, S. 169.) Verfasser bricht eine Lanze für die elektrolytische Behandlung der Strikturen, indem er dieselbe ungefährlich, schnell zum Ziele führend und durchaus nicht zu baldigen Rückfällen veranlassend ansieht. Unter 53 derartig behandelten Fällen hat er nur einmal eine unangenehme Komplikation, nämlich Epididymitis, entstehen sehen. Was die vom Verfasser ausgeübte Methode anbetrifft, so erweitert er zuerst die Strikturen mit elastischen Bougies bis zu No. 10—12 der Charrière'schen Skala und beginnt dann erst die elektrolytische Erweiterung. Dieselbe nimmt er in der Stärke von 5—6 MA und in der Dauer von 10 Minuten vor. Bei nicht veralteten Strikturen gelingt es in einer Sitzung die Striktur vollständig zu erweitern, indem er auf die erste Erweiterung gleich eine zweite mit einer dickeren Olive als Ansatz folgen läfst. Nach der Sitzung mufs eine Pause von einem Monat folgen, wo es sich dann zeigt, ob weitere Erweiterungen nötig sind oder nicht. *Arth Jordan-Moskau.*

Über die Behandlung der Strikturen der Harnröhre mittelst Elektrolyse, von Cholzow-Petersburg. (*Med. Woche.* 1902. No. 21.) Cholzow hat in 53 Fällen Elektrolyse mit gutem Erfolge angewandt und spricht dafür, dafs dieses Verfahren mehr angewandt werde als es bisher der Fall ist. Er schildert die Technik, welcher er sich dabei bedient und fügt Abbildungen der einschlägigen Instrumente bei. Nach Ch.s Ansicht sind Recidive seltener als bei allen anderen Kuren der Behandlung der Strikturen. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Urethrogene Harninfektion? von Goldberg. (*Centralbl. f. innere Med.* 1902. No. 20.) Verfasser beweist, dafs man die Harnröhre eines gesunden Mannes gut desinfizieren kann, sodafs die Möglichkeit einer Infektion der Blase durch sterile Katheter

infolge von Keimverschleppung aus der Harnröhre unmöglich ist: 1. Man findet die Erreger der Cystitis in der gesunden Harnröhre nur sehr selten. 2. Die bisherigen Methoden, Katheter zu sterilisieren, waren ungenügend. 3. In vielen Versuchen, die Verfasser anstellte, um die Harnröhre zu sterilisieren, blieben die Nährböden auch steril. *F. Hahn-Bremen.*

Periurethrale Eiterung ohne Harnröhrenläsion, von Delefosse. (*Ann. policl. centr.* 1902. pag. 250.) Der Fall betrifft einen Arzt, welcher seit Jahrzehnten an allen möglichen Zufällen seines Harnapparates gelitten hat und dessen Krankengeschichte sich in dieser Hinsicht wie ein aus allen Kapiteln der Harnkrankheiten zusammengesetztes Mosaikbild ausschaut. Das letzte Stadium der Leidensgeschichte des Kranken war ein periurethraler Abscefs der Schwellkörper, anschliefsend an einen unbestimmbaren Katarrh der Urethra. Das Merkwürdige dabei war die absolute Intaktheit der Harnröhrenschleimhaut. *Hopf-Dresden.*

Elektrolyse und Harnabscesse, von R. Duhot. (*Ann. policl. centr.* 1902. pag. 241.) Die Elektrolyse als Behandlungsmethode der Strikturen ist nach Ansicht des Verfassers keine empfehlenswerte Behandlungsart dieses Leidens. Sie ist zu einer Zeit in Mode gekommen, als man auf einmal alle Krankheiten mit Elektrizität heilen wollte. Solange man schwache elektrolytische Ströme verwendet, ist keine Einwirkung auf die Harnröhrenverengerung zu erzielen, und sobald ihre Ampèrezahl gesteigert wird, erzielt man unangenehme Zufälle. Duhot giebt die Krankengeschichte eines Falles, bei dem nach der elektrolytischen Behandlung der Striktur eines 45jährigen Arbeiters eine erhebliche Schwellung und Entzündung des Glieds, des Perineums, sowie schliefslich ein enormer Abscefs des Perineums und Skrotums auftrat. Auch Imbart und Bosse beobachteten einen gleichen Fall. *Hopf-Dresden.*

Behandlung der Harninfiltration, der Harnabscesse, Urinfisteln und Fremdkörpern der Harnröhre, von H. Hartmann. (*Presse méd.* 1901. No. 56.) Keine neuen Gesichtspunkte. *Hopf-Dresden.*

Plötzlicher Exitus letalis während des Katheterisierens; Autopsie, von W. H. Peile - London. (*Brit. med. Journ.* 19. April 1902.) Ein 82jähriger Patient mit Prostatahypertrophie, der seit 11 Tagen regelmäfsig katheterisiert wurde, kollabierte plötzlich während der Einführung des Katheters und starb binnen 2 Minuten. Die Autopsie ergab keine instrumentelle Verletzung, und im allgemeinen war auch sonst der Befund ein negativer. Als Todesursache nimmt demnach P. Shock durch Reflexwirkung an. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Katheterismus und Harnröhrenspülung, von M. Hartmann. (*Indépend. méd.* 1901. No. 21.) Der Artikel enthält nur Bekanntes. *Hopf-Dresden.*

Zur Behandlung der „chronischen, nicht blennorrhoischen Urethritis" (Waelsch), von Max Reichmann. (*Prag. medicin. Wochenschr.* 1902. No. 9.) Ein Student litt an einem Harnröhrenausflufs, der in keinem Falle Gonokokken nachweisen liefs. Das Endoskop ergab starke Hyperaemie der Urethra, namentlich in der Pars prostatica, mit kleinen Granulationen, ferner eine Schwellung der Prostata. Die endoskopische Behandlung mit Galvanokaustik brachte nach vielen anderen Heilversuchen Genesung. (*Jessner-Königsberg, Pr.*)

Die klinische Bedeutung von chronischem Ausflufs der Harnröhre, von H. M. Christian Philadelphia. (*Amer. Journ. Med. Scienc.* März 1902. No. 360.) Verf. bespricht die chronische Blennorrhoe, die Prostatorrhoe und die Urethrorrhoe ohne

Beteiligung von Gonokokken. Letztere Affektion werde häufig irrigerweise für chronische Blennorrhoe gehalten. Sie ensteht häufig als Folge von häufigem Ausstreichen der Urethra bei Patienten, welche Tripper durchgemacht haben, und besteht in der Absonderung von einfachem Schleim mit Cylinderepithel ohne Eiter und Gonokokken. Coitus hat keinen Einfluſs darauf, und Alkoholgenuſs hat sogar oft eine bessernde Wirkung. Der Urin ist klar, ohne Tripperfäden und ohne die für Prostatorrhoe charakteristischen Fürbringerschen kommaförmigen Häkchen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Beitrag zum Studium der immediaten Urethralnaht bei den traumatischen Rupturen, von Jaja. (*Il Morgagni.* 1902. No. 6.) Verfasser formuliert seine Indikationen bei derartigen Fällen in folgender Weise: Bei schweren Verletzungen der Urethra in der Perinealregion muſs, nach breiter Incision des Dammes, die Blutung gestillt werden zur Vermeidung einer nachfolgenden Urininfiltration. Ausgenommen bei ganz ausgedehnten Zerstörungen der Harnröhre sollen die beiden Urethralenden aufgesucht, eine Dauersonde eingelegt, die Ränder des Kanals zugeschnitten, einander genähert und suturiert werden. Der Dauerkatheter hat 10—12 Tage an Ort und Stelle zu verweilen und muſs eventuell öfters geändert werden. Nach der Urethroraphie soll niemals sofort die Perineoraphie ausgeführt werden, sondern die Wunde mit Jodoformgaze ausgefüllt werden. *C. Müller-Genf.*

Chronische Erkrankungen der Harnblase des Mannes, von H. H. Grant-Louisville. (*Louisville Journ.* Juli 1902.) Enthält nichts Bemerkenswertes.

M. Levor-Hamburg.

Der Blasenverschluſs im Röntgenbilde, von M. v. Zeissl und G. Holzknecht-Wien. (*Medicin. Blätter.* 1902. No. 10.) Zu weiterer Aufklärung der Streitfrage, ob die Blase gegen die Harnröhre durch den Sphincter vesicae internus fest abgeschlossen ist oder ob bei stärkerer Blasenfüllung der Blasenhals einen Trichter bildet und der Verschluſs durch die quergestreifte Muskulatur (Sphincter externus und Compressor urethrae) besorgt wird, haben die Verfasser einige Röntgenaufnahmen gemacht. Sie füllten die Blase an männlichen Kadavern einmal vom linken Ureter, einmal von der Harnröhre aus mit regulinischem Quecksilber und einer für Röntgenstrahlen schlecht durchlässigen Flüssigkeit; um ein Ausflieſsen der Flüssigkeit zu verhindern, wurde der Penis vor dem Skrotum abgebunden. Die Photogramme wurden in sitzender Stellung mit unter das Gesäſs gelegter Platte angefertigt. Sie ergaben, daſs die Blase gegen die Pars prostatica scharf abgegrenzt ist, der glatte Sphincter internus aber auch bei voller Blase allein den Verschluſs besorgt. Ein Regurgitieren von Sekret aus der hinteren Harnröhre in die Blase beim Tripper kann also nicht stattfinden, und eine strenge Einteilung in eine Urethritis anterior und posterior im Ultzmannschen Sinne ist also nicht statthaft. *A. Loewald-Graudenz.*

Über Blasenstörungen bei Syringomyelie, von Albarran und Guilain. (*Wiener med. Blätter.* 1901. No. 51.) Die Mehrzahl der Autoren, die Syringomyeliefälle veröffentlichten, erwähnen von Blasenstörungen entweder gar nichts, oder von solchen, die kaum besonderes Interesse erwecken würden, so daſs man glauben könnte, daſs Blasenstörungen zum Symptomenkomplexe dieses Leidens nicht gehören. Verfasser untersuchten nun auch solche Fälle von Syringomyelie, welche nicht über die Blase zu klagen hatten und keine Blasensymptome darboten. Sie fanden vier Fälle auf der Nervenklinik von Marie, von denen bei dreien, die nach dem Urinieren katheterisiert wurden, latente Retention (50, 80 und 125 g) konstatiert werden konnte. Die Blasenstörungen scheinen eben bei Syringomyelie, entgegen der bisherigen An-

schauung, häufig zu sein. Bei manchen Kranken sind dieselben latenter Natur, es handelt sich blofs um latente, aseptische Retention. Diese unvollständige Retention schafft einen für die Entwickelung von Blaseninfektion günstigen Boden. Die Folgeerscheinungen werden offenkundig, sobald diese Infektion einen gewissen Grad erreicht hat, oder wenn die Retention selbst so weit gediehen ist, um ein mechanisches Hindernis zu bedingen. Andererseits fanden Verfasser, dafs die anatomischen Blasenveränderungen Besonderheiten darboten, die sie aufserhalb der Reihe der gewöhnlichen Läsionen bei Cystitis stellen, die man im Gefolge anderer Varietäten der chronischen Harnverhaltung beobachtet. Die Erosionen und Schleimhautgeschwüre, die Perforation der Blase, das sind die fortschreitenden Grade dieser Läsionen, die als trophischen Ursprunges und im Zusammenhange mit den Rückenmarksveränderungen oder mit neuritischen Läsionen zu betrachten sind. Trophische Störungen sind bei Syringomyelie häufig, sie gehören zum klassischen Bilde der Krankheit, darum ist es auch nicht wunderlich, dafs sich solche auch an der Blase abspielen. Bei Syringomyelie entwickeln sich die gewöhnlichen Erscheinungen von aseptischer oder infizierter Retention auf einem unter besonderen trophischen Einflüssen stehenden Boden, ohne dafs es möglich wäre, jedes dieser pathogenen Elemente der bestehenden Läsionen jenen zuzuschreiben. Man fand Störungen der Kontraktilität der Blase, man weifs, dafs die Ulcerationen selbst zum Tode führen können. Demgemäfs hat es ein besonderes Interesse, die Blase von Syringomyeliekranken systematisch zu untersuchen und die Störungen des Harnapparates frühzeitig in Behandlung zu nehmen, weil sie zu vielfachen Komplikationen führen können. *A. Alpàr-Alexandria.*

Weitere Bemerkungen zur Frage der cerebralen Blasenstörungen, zugleich ein Beitrag zur Diagnostik der Balkengeschwülste, von E. v. Czylharz. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1902. No. 31.) Bei erhaltener Psyche und normalem Harnapparat können Blasenstörungen cerebralen Ursprunges auftreten. Im Gehirn giebt es drei Centren für die Blaseninnervation: eines in der motorischen Rinde für die willkürliche Miktion, eines im Corpus striatum für auf bewufste Empfindung automatisch erfolgende Miktion, eines im Thalamus opticus für die auf Affektreize stattfindenden Blasenbewegungen. Nur bilaterale Erkrankungen des Hirns bewirken dauernde Blasenstörung. — Verfasser berichtet über einen Fall von Tumor in den hinteren Teilen der beiden Stirnlappen, teilweise auf das Corpus striatum übergreifend, bei dem der Harn unwillkürlich abging. *Jessner-Königsberg Pr.*

Hernia cruralis vesicae. Resektion. Heilung, von Umberto Manega-Osimo. (*Rif. med.* 1902. Bd. II. No. 13.) Bei einem Landmann trat im 20. Lebensjahre in der linken Inguinocruralgegend ein haselnufsgrofser leicht reponibler Tumor auf, der zehn Jahre hindurch unverändert blieb, dann allmählich bis zu Hühnereigröfse wuchs. Im 51. Jahre wurde, vornehmlich wegen Darmstörungen, Operation gewünscht und auf die Diagnose Hernia cruralis entero epiploica unternommen. Zur Überraschung des Operateurs zeigte sich, dafs er statt des vermeintlichen Bruchsackes die Blase incidiert hatte. Ein Teil von deren Wand war, ohne vom Peritoneum bedeckt zu sein, in den Schenkelring vorgetreten. Wegen seiner Ausdehnung (längster Durchmesser 5 cm) wurde er nicht genäht und reponiert, sondern reseziert, und dann die Blasenwunde geschlossen. Sie heilte per primam intentionen. Aufser zeitweise häufigerem Harndrang waren nie Symptome seitens der Blase aufgetreten.

M. Levor-Hamburg.

Intraperitoneale Ruptur der Blase — Beschreibung zweier Fälle, von denen einer nach der Sutur heilte —, von J. Shan M'Laren-Edinburg. (*Scottish*

Journ. Aug. 1902.) Als charakteristisches Symptom der Blasenruptur betrachtet Verfasser die sogenannte blutige Anurie (Rose): beim Versuch, den Harndrang zu befriedigen, werden nur wenige Tropfen blutigen Urins entleert. Nach einem Trauma auf das Abdomen genügt dieses Symptom allein zur Diagnose. Dazu kommt eventuell noch Shock, Schmerzen in der Regis hypogastrica, starker Harndrang, Leerheit der Blase beim Katheterisieren. Die Prognose ist bei frühzeitiger Laparatomie und Blasennaht nicht ungünstig. Von zwei Fällen, bie Verfasser operierte, heilte der eine vollkommen, der andere endete, nach anfänglichem Wohlbefinden, sechs Tage post operationem letal, wahrscheinlich infolge von chronischen Alkoholismus.

M. Levor-Hamburg.

In der medizinischen Gesellschaft zu Leipzig (Sitzung vom 25. Februar 1902. Nach *Münch. med. Wochenschr.* 1902. No. 15) demonstrierte Kollmann ein **neues Instrument zur Abtragung von gutartigen Blasentumoren** unter cystoskopischer Kontrolle mittels kalter Schlinge nach Nitzeschem Prinzip. Das Instrument stellt eine Vereinigung des alten von Hartwig angefertigten Nitzeschen endovesikalen Schlingenträgers mit dem bekannten, von K. selbst mit einem Schlufsschieber versehenen Güterbockschen Spülcystoskop dar. Bezüglich der Einzelheiten der Beschreibung mufs auf die Originalmitteilung verwiesen werden. Das Instrument wird von C. G. Keynemann in Leipzig verfertigt. *Göts-München.*

Die Fremdkörper der Blase. Schwierigkeiten der Lithotripsie, von M. Hartmann. (*Indépend. méd.* 1901. No. 87.) Kurze Übersicht über das Instrumentarium zur Entfernung frischer Blasenfremdkörper. Darauf geht Verfasser auf die operative Beseitigung inveterierter Fremdkörper der Harnblase ein. Sobald sich um dieselben infolge der sekundären unvermeidlichen Entzündungen Kalk- oder Phosphorsalze abgelagert haben, welche die Gegenstände, wie Nadeln oder Katheterstücke oder Bougies, überziehen, so bleiben nur zwei Möglichkeiten, entweder die Cystotomia suprapubica oder die Lithotripsie. Letzterer mufs, sofern Orificium externum urethrae zu eng ist oder die Harnröhre selbst Strikturen aufweist, die Meatotomie oder Dilatation der Urethra vorhergehen. Bei nicht grade verengtem aber harten Schleimhaut-Zustand derselben hat man vorher 24 Stunden die Dauersonde zu legen, ehe man an die Zertrümmerung des Konkrementfremdkörpers gehen kann. Eine infizierte Blase ist vorher zu desinfizieren (Lapisinstillationen), eine reizbare zu paralysieren und reizlos zu machen. Überhaupt mufs alles geschehen, was der Operation selbst Schwierigkeiten zu bereiten vermag. *Hopf-Dresden.*

400 Blasensteinoperationen, von A. v. Frisch. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1902. No. 13.) In zehn Jahren hat Verfasser 306 Steine durch Lithotripsie, 94 durch Sectio alta operiert. Der jüngste Patient war 6, der älteste 87 Jahre alt; das Durchschnittsalter betrug 68 Jahre. Unter den Patienten befanden sich nur drei weibliche. — Es handelte sich um 160 reine Urate, von denen 82 zertrümmert, 126 Phosphate, von denen 68 zertrümmert, 11 Oxalate, von denen 6 zertrümmert wurden, und 163 aus verschiedenen Steinbildner zusammengesetzte Konkremente. In 338 Fällen bestand bereits Blasenkatarrh, in 258 Prostatahypertrophie. Bei mehr als der Hälfte aller Fälle war die Blase insuffizient. Ultzmann erklärt die Blaseninsuffizienz für die häufigste Ursache der Steinbildung. Wenig bekannt ist, dafs die chronische Prostatitis blennorrhoischen oder nicht blennorrhoischen Ursprungs oft Blaseninsuffizienz bedingt. — Viermal wurde Spontanzertrümmerung von Steinen beobachtet. Neben Änderung der Reaktion des Harns trägt der Wachstumsdruck der sich vermehrenden Bakterienkolonien dazu bei. — Jeder Lithotripsie wird eine Vorbereitungskur vorausgeschickt.

Bei sonst normalen Verhältnissen wurde nur durch mehrere Tage Urotropin oder Salicylpräparate gegeben. Ist die Urethra enge oder besteht Prostatahypertrophie, dann wird auch bei klarem Harn für einige Tage ein Verweilkatheter eingelegt, um die Wege gangbarer zu machen. Infizierte Blasen beanspruchen eine längere Vorbehandlung, wobei wiederum der Verweilkatheter die Hauptrolle spielt. Wo eine ammoniakalische Cystitis nicht zur Besserung zu bringen ist, muſs man die Sectio alta vorziehen. — Auf die geschilderten Einzelheiten der Lithotripsie kann hier nur wenig eingegangen werden. Die Blase wird mit Borwasser gefüllt, das Arg. nitr. eignet sich während der Operation nicht, wohl aber als 1‰ Lösung zur einmaligen Spülung nach der Operation. Wenn nicht die Blase ganz suffizient und die Prostata ganz normal ist, wird nachher Verweilkatheter eingelegt. — Meistens ist die Chloroformnarkose bei den alten Patienten nicht gut angebracht. Zur Lokalanästhesie dient ein Clysma mit 3,0 Antipyrin und 4 ccm einer 3—5% Cocainlösung in die Urethra. —

Der Heilungsverlauf war meistens ein guter. Am Tage der Operation in 25 Fällen Schüttelfröste; zweimal entstand eine eitrige Prostatitis. Von sonstigen Komplikationen kamen vor: Epididymitis (2 Mal), Cystitis bei vorher aseptisch gewesenen Fällen (12 Mal), Pneumonie (2 Mal), schwere Blutungen (2 Mal). Einmal stellte sich eine Blutung plötzlich am 8. Tage ein; man war gezwungen, die Blase über der Symphyse zu öffnen und einen kleinen Prostatalappen mit einer blutenden Vene thermokaustisch abzutragen. Durchschnittliche Behandlungsdauer: 8,2 Tage; nach Ausschluſs der komplizierten Fälle: 6 Tage. Acht Patienten starben an Pneumonie, Hirnembolie, von einer thrombosierten Vene des Plexus periprostaticus ausgehend, Pyämie, Schwäche, Pyelitis und Pyelonephritis, die schon vorher bestanden hatte. — Rezidive wurden 19 Mal beobachtet. —

Zur Sectio alta wurde die Blase nur mäſsig gefüllt; in der Tiefe wurde stumpf präpariert, wobei Verfasser nie mit dem Peritoneum in Kollision kam. Die ausgedehnte Ablösung der vorderen Blasenwand muſs vermieden werden. 12 Mal wurde alles offen gelassen, ein Knierohr eingeführt, mit Jodoformgaze austamponiert. 38 Mal wurden Blasen- und Weichteilwunde teilweise vernäht und Heberdrainage angelegt. 44 Mal wurde komplete Blasennaht mit Seide ausgeführt und nur der untere Winkel der Bauchdeckenwunde drainiert; dazu Verweilkatheter. Von diesen Fällen heilten 24 per primam. Durchschnittliche Behandlungsdauer: 27 Tage. — Die oft betonten Gefahren der Sectio alta: die Verletzung des Peritoneums und Harninfiltration haben beide keine Bedeutung. Das Miſslingen der Blasennaht ist hauptsächlich durch das Eindringen eitererregender Keime aus dem infektiösen Blaseninhalt bedingt. Man muſs deshalb durch Vorbehandlung die aseptische Beschaffenheit des letzteren zu sichern trachten. Die Gefährdung der Naht durch übermäſsige Dehnung der Blase wird am besten durch Verweilkatheter verhütet, für den der Verfasser eine Lanze bricht. — Die Blasennaht ist kontraindiziert bei schwerer Cystitis mit bakterienreichem, zersetztem Harn, bei ulcerösen Prozessen in Blase, bei Neigung zu Blutungen, bei Nieren- und Nierenbeckenveränderungen. — 84 Mal wurde die Sectio alta in Chloroformnarkose, 10 Mal in Lokalanästhesie mit Antipyrinclysma ausgeführt. — In vier Fällen muſste eine bleibende Fistel über der Symphyse angelegt werden. Die bei vier Prostatikern vorgenommene Abtragung des Mittellappens mit dem Thermokauter hatte nur bei zwei von ihnen so guten Erfolg, daſs sie den Katheter entbehren konnten. — Zweimal muſste ein Jahr nach der Operation eines Blasenpapilloms Steine entfernt werden, die sich um Ligaturen gebildet hatten. Dreimal fand man Phosphatsteine, entstanden um nach Bottinischer Operation abgestoſsene Brandschorfe. — Zweimal wurde nach Operation eines Steinrezidivs durch Sectio alta die Entstehung eines

Carcinoms des Blasenbodens beobachtet. — Von den 94 durch Schnitt operierten Kranken starben 12 (= 12,7 %); bei einem führt Verfasser den Tod auf die schnelle Entleerung der überfüllten Blase zurück. — Rezidive traten nach hohem Steinschnitt 12 Mal auf. Dieselben sind nach Verfassers Berechnung nach Lithotripsie viel seltener als nach Sectio alta. Im allgemeinen sind aber die Rezidive nicht so sehr von der Operation abhängig, wie von dem Fortbestehen der Ursache: bei Uratsteinen von der Stoffwechselanomalie, bei Phosphatsteinen von anatomischen Verhältnissen der Blase. —

Verfasser resumiert, dafs die Sectio alta stets zum Ziele führt, aber gefährlicher ist und ein längeres Krankenlager bedingt, als die Lithotripsie. Nur wo letztere kontraindiziert ist, soll man zur Sectio alta greifen. Kontraindikationen sind: zu grofse Steine, zu harte Steine, fixierte Steine, Unpassierbarkeit der Harnröhre durch sehr starke Prostatahypertrophie, schwere Cystitis mit Nierenaffektion.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die Komplikation von Blasenstein und Tumorbildung in der Blase nebst Bericht über einen derartigen Fall, von E. C. Rosenow-Chicago. (*Amer. Journ. Med. Scienc.* April 1902). Patient war ein 35jähriger taubstummer Schneider, der fast sein Leben lang an Urinbeschwerden gelitten haben soll und drei Monate vor der Aufnahme anfing, über Rückenschmerzen zu klagen. Bei dem ein Monat später erfolgten Tode fand sich ein 150 g schwerer Stein und ein die ganze Wand oberhalb des Trigonum einnehmender, 3 cm dicker Tumor, der durch die mikroskopische Untersuchung als Carcinom bestätigt wurde. Aus der Litteratur hat R. 44 analoge Fälle zusammengestellt. Er kommt zu dem Resultat, dafs unzweifelhaft das Bestehen von Konkrementen in der Blase höchst wahrscheinlich die Entstehung von Tumoren fördert, und dafs vice versa auf Tumoren und namentlich auf nekrotisierenden Partikelchen derselben sich Konkremente besonders leicht niederschlagen.

Philippi-Bad Salzschlirf.

Blasensteine, von W. Hind. (*Brit. med. Journ.* 26. Juli 1902.) Vor 10 bis 15 Jahren wurden Blasensteine bald durch die laterale, bald durch die mediane Lithotomie oder durch Lithotripsie behandelt. Gegenwärtig scheint die suprapubicale Lithotomie alle anderen Methoden in den Hintergrund gedrängt zu haben. Thatsächlich ist sie nach den langjährigen Erfahrungen die beste, leichteste, rascheste Operationsmethode für die Beseitigung von Blasensteinen. Die Gefahr der Verletzung des Peritoneums wird durch genügende Ausweitung der Blase leicht vermieden.

C. Berliner-Aachen.

Blasenstein bei Vorhandensein nur einer Niere, von Bardesco. (*Bull. et Mém. de la Soc. Chir. de Bucarest.* Sitzung vom 27. Febr. 1902.) Einem 27jährigen Patienten wurde ein grofser Stein mittels Sectio suprapubica entfernt und die Wunde sofort vernäht. Einige Tage später starb der Patient an Pneumonie. Bei der Sektion ergab es sich, dafs die eine Niere fehlte; die andere lag senkrecht zur Seite der Wirbelsäule; der Ureter mündete in der Mitte des Blasengrundes oberhalb des Trigonums; an Stelle des zur linken, fehlenden Niere gehörenden Ureters konstatierte man eine trichterförmige Einsenkung. *C. Müller-Genf.*

Anuria calculosa von Rafin und Verrière Lyon. (*Lyon méd.* 1901. No. 36.) Die Verfasser berichten den Fall eines 66jährigen Kranken, der an Brightscher Niere leidend, plötzlich an Anurie erkrankte. Beiderseits mifslingt der Ureterenkatheterismus. Die Nephrotomie wurde darauthin vorgenommen, allein der Patient erlag ihr, wohl infolge starker Blutung aus der Niere. In beiden Harnleitern fanden sich mehrere grofse Steinkonkremente, die nur tropfenweise Flüssigkeit durchtreten liefsen.

Hopf-Dresden.

Über Bacillurie und Cystitis beim Typhus und die Wirkung des Urotropins auf diese Zustände, von Hubert E. J. Biss-London. (*Edinb. med. Journ.* Oktober 1902.) Unter 311 Fällen von Typhus abdominalis beobachtete Verfasser, am Grove Fieber-Hospital zu London thätig, in 31 Fällen Bacillurie oder Cystitis (13 von ersterer und 18 von letzterer Komplikation) d. i. = 9,96 Prozent, er schliefst jedoch aus den Arbeiten von Richardson, Horton Smith u. a., dafs ca. 1/4 aller Typhuskranken irgend einmal an Bacillurie litten. Ätiologisch nimmt B. zwei Arten von Fällen an bei den einen wird die Cystitis direkt durch die Harnretention (und vielleicht Unreinlichkeit beim Katheterisieren) verursacht, bei den anderen entsteht sie spontan und ist gewifs spezifischer Natur (tabellarische Übersicht obiger 31 Fälle mit Dauer der Tyhhusinfektion, verschiedener Schwere derselben und Art der Medikation). Das Urotropin erwies sich als ein ganz vorzügliches Mittel, so dafs Biss dafür eintritt (ebenso wie Richardson), Urotropin sollte gleichsam prophylaktisch in der Dosis von 2 g (?) täglich bei jedem Typhusfalle und in den ersten drei Wochen der Rekonvaleszenz gegeben werden; als die rationellste Art erwies sich ihm, alle 8 Stunden eine Dosis von 0,3 g jeden zweiten Tag zu geben. Auf diese Weise kann es gelingen, den Urin frei von Typhusbacillen zu halten und die Gefahr der Infektion für das Wartepersonal sehr zu reduzieren, wenn nicht ganz aufzuheben. B. hält es für wichtig, das Urotropin in gleichmäfsigen Intervallen zu geben (alle 4—8 Stunden) und scheut nicht vor sehr hohen Dosen (wenn nötig, alle 4 Stunden 1,25 g) in ausgesprochenen Fällen von Bacillurie oder Cystitis zurück. *Stern-München.*

Die Diagnose und Behandlung der tuberkulösen Cystitis, von Joseph B. Bissell-New York. (*Philad. Med. Journ.* 6. Sept. 1902.) Das charakteristischste und vielleicht früheste Symptom der tuberkulösen Cystitis ist Hämaturie, meist am Ende der Urination, variierend von einigen Tropfen bis zu einem Theelöffel voll Blut. Ziemlich konstant sind sodann Schmerzen, Tenesmus, häufiges Urinieren. Später erscheint regelmäfsig Eiter im Urin. Mit dem Cystoskop findet man die grauweifsen Knötchen oder linsenförmigen, scharfgeschnittenen Geschwüre in der Umgebung der Ureterenmündungen oder im Trigonum. Vom Mastdarm aus fühlt man oft Knoten in der Prostata und Verdickungen der Samenblasenwandungen. Erleichtert auch der Nachweis von Tuberkelbacillen im Sediment die Diagnose, so bleibt eventuell immer noch zu entscheiden, aus welchem Teil des Harntraktus sie stammen, ganz abgesehen von der Ähnlichkeit mit dem Smegmabacillus. Wichtig sind auch gleichzeitige andere tuberkulöse Affektionen und die Familienanamnese. Der Puls ist meist frequenter und die Temperatur höher als normal. Differentialdiagnostisch kommt gegenüber den Neubildungen der Blase in Betracht, dafs bei diesen die Hämorrhagien viel profuser sind und das Blut mit dem Urin ganz innig gemischt ist. Zur Unterscheidung von Blasensteinen ist besonders ausschlaggebend Anamnese und cystoskopischer Befund. Plötzliches Versiechen des Harnstromes und sein Wiederkehren bei Lagewechsel kommt bei Konkrementen vor, nie bei tuberkulöser Cystitis. — Vor chirurgischen Eingriffen, wenn die Affektion voll entwickelt ist, wird dringend gewarnt. Gegen Drainage der Blase, obwohl theoretisch indiziert, sprechen die ungünstigen Erfahrungen der Praxis. Die beste Therapie bleibt passende Allgemeinbehandlung.

Levor-Hamburg.

b. *Hoden und Samenbläschen.*

Die Impotenz und ihre Behandlung mit Yohimbin-Spiegel, von V. d'Amato-Rom. (*Bollett. d. malatt. ven. e d. pelle.* 1902. No. 5.) Verfasser unterscheidet als Ursachen der Impotenz: angeborene oder erworbene Deformationen der Geschlechts-

organe, blennorrhoische Infektion, gewisse Konstitutionskrankheiten, wie Diabetes, ferner Erkrankungen der nervösen Centralorgane, Intoxikationen, übermäfsigen Gebrauch gewisser Medikamente (Jod, Brom, Salicyl); in der Mehrzahl der Fälle schliefslich handelt es sich um Nervosität oder Neurasthenie. — Die Therapie mufs genau der Ätiologie angepafst sein. Neben Hydrotherapie, Elektrizität, tonisierender oder psychischer Behandlung, neben den lokalen Mitteln — faradischem Strom, kalter Irrigation der Harnröhre, Antiblennorrhoicis, Kauterisation des Caput gallinaginis und Massage — ist als Aphrodisiacum äufserst wirksam das Yohimbin. Gegeben wird es subkutan, 3 Mal täglich Yohimbin hydrochlor. 0,0025—0,005, oder intern 3—4 komprimierte Tabletten à 0,005. Die Wirkung tritt erst nach einigen Tagen ein, zuweilen dauert es länger, in maximo 6 Wochen. *M. Levor-Hamburg.*

Die Wirksamkeit des Yohimbins bei Impotenz, von Amit. (*Rif. med.* 1902. No. 6.) Verfasser weist auf die günstigen Resultate hin, welche verschiedene Forscher mit dem salzsauren Yohimbin — dreimal täglich 5—10 Tropfen einer 1%igen Lösung innerlich — bei Nervenaffektionen im allgemeinen und bei der Impotenz im besonderen erzielt haben. *C. Müller-Genf.*

Zur mechanischen Behandlung der Impotentia coëundi, von Karl Gerson-Berlin. (*Ther. d. Gegenw.* Juli 1902.) G. empfiehlt eine von ihm erfundene Konstriktionsbinde von 14 cm Länge zum Umwickeln und Steifmachen des Gliedes. Näheres im Original. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Die chirurgische Behandlung der Sterilität nach Obstruktion in der Epididymis. Nebst einer Studie über die Morphologie der menschlichen Spermatozoen, von Edward Martin, J. Berton Carnett, J. Valentine Levi und M. E. Pennington. (*Univ. of Penna Med. Bull.* März 1902.) Beiderseitige Epididymitis ist verhältnismäfsig selten und ihr Ausgang in permanente, nicht vorübergehende Obliteration eher die Ausnahme, als die Regel. Er wird wirksam verhütet durch Fortsetzung der Behandlung, bis wieder Spermatozoen im Samen erscheinen. Bleibt die anfängliche Obliteration bestehen, so ist meistens die Cauda epididymis ihr Sitz. In diesem Falle kann die folgende Azoospermie durch Herstellung einer Anastomose zwischen Kopf des Nebenhodens und Vas deferens beseitigt werden. Die Operation wurde an einem jungen Manne ausgeführt, dessen Frau vergeblich mit Dilatation und Curettement behandelt worden war, bis die Sterilität des Mannes entdeckt wurde. Das linke Vas deferens wurde etwa in der Höhe des oberen Endes des Hodens freigelegt, sein Lumen durch 1/4 Zoll langen Längsschnitt eröffnet, die ganze Epididymis von der äufseren Seite her freigelegt, ein Stück aus dem Kopf mit gezähnter Zange gefafst und schliefslich in diese Wunde das Vas deferens mit Silberdrähten eingenäht. Samen, der 19 Tage nach der Operation und 12 Stunden nach der Emissio zur Untersuchung kam, zeigte bewegliche, augenscheinlich normale Spermatozoen. Ob diese befruchtungsfähig sind und ob sich die vaso-epididymale Anastomose erhält, bleibt abzuwarten. Die morphologischen Studien ergaben, dafs die Spermatozoen bei gemeinsamem Grundtypus grofse Unterschiede in Form, Gröfse und Farbenreaktion aufweisen; selbst bei demselben Individuum. Auf ihrem Wege durch den Nebenhoden machen sie eine deutliche Umwandlung durch, der Nebenhoden ist daher wahrscheinlich mehr als blofser Ausführungsgang. Es erscheint zwar möglich, Spermatozoen aus ihrem morphologischen Verhalten als gesund und voraussichtlich befruchtungsfähig zu erkennen, indes bleibt ihre Beweglichkeit der zuverlässigste Anhalt, und zwar ist lange Fortdauer der Bewegungen beweisender, als die Bewegungen an sich.

Die Verfasser haben häufig bewegliche Spermatozoen in Samen konstatiert, der drei Tage bei Zimmertemperatur aufbewahrt war. Häufiger allerdings hörten die Bewegungen innerhalb 24 Stunden auf, wohl infolge bakterieller Zersetzung.

M. Levor-Hamburg.

Thatsachen und Theorien betreffs der Spermolyse. Spezialabhandlung vom Herausgeber des *Philad. Med. Journ.* (24. Mai 1902). Ein Analogon zu der Spermolyse ist der schon länger bekannte Begriff der Cystolyse. Man versteht darunter bekanntlich die Erscheinung, dafs die Zellen der einen Tierart denen einer anderen Spezies gegenüber als direkte Antagonisten zu betrachten sind. Dies ist von den Blutkörperchen schon lange erwiesen; und der Antagonismus ist um so gröfser, je weiter von einander die betreffenden Tiergattungen in der Stufenfolge entfernt sind. Das Verständnis von der Wirkung der Spermolyse wurde zuerst von Landsteiner angebahnt, indem er fand, dafs in ähnlicher Weise durch Injektion von Meerschweinchen mit den Spermatozoen von Stieren eine Substanz entsteht, durch welche das Meerschweinchenblut für die Stierspermatozoen deletär wird. London dagegen hat gefunden, dafs das Blut irgend einer beliebigen Tierart stets für die Spermatozoen einer anderen Spezies antagonistisch wirkt, und nicht nur dies, sondern er konstatierte, dafs das Blut des Tieres auf die eigenen Spermatozoen hemmend einwirkt. Das Blut hat also iso-hetero- und autospermolytische Eigenschaften. Durch diesen hemmenden Einfluſs erklärt es sich seiner Meinung nach, weshalb die Spermatozoen ihre Beweglichkeit erst nach dem Freiwerden aus dem beherbergenden Organismus entfalten. Die wirksame Substanz wird Spermolysin benannt und soll aus zwei Bestandteilen, Spermodesmon und Alexin, zusammengesetzt sein. Sonstige Arbeiten auf diesem Gebiete sind von Farnum, Moxter und von Metschnikoff geliefert. Die Ergebnisse sind indes vielfach verschieden, namentlich auch weil die Art der Ausführung der Versuche eine verschiedene war. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Spermatocystitis chronica atrox mit Streptokokken, von R. Duhot. (*Ann. policl. centr.* 1902.) Der Verfasser berichtet über einen jener äufserst rebellischen Fälle von chronischer Samenblasenentzündung bei einem Kranken von 29 Jahren. Verschiedene Ärzte haben denselben seit 10 Jahren behandelt wegen Urethritis, Prostatitis, Cystitis und Epididymitis. Auf seine Samenblasenerkrankung wurde er zuerst durch blutige Samenergüsse aufmerksam. In den Sekreten der Samenbläschen fand Duhot niemals Gonokokken, wohl aber Streptokokken. Da auch ihm alle Mittel, wie Salol, Urotropin, Jod, fehlschlugen, griff Verfasser zu Injektionen von Antistreptokokkenserum nach Denis (binnen 3 Tagen 3 Injektionen von 250 g Serum). Heilung erfolgte zwar sofort, aber es zeigte sich anschliefsend ein ausgesprochenes, mit schweren Erssheinungen einhergehendes Erythema multiforme (toxicum).

Dafs übrigens bei solchen Spermatocystitiden Streptokokken nicht zu selten beobachtet werden, läfst sich aus einer Arbeit Faltins ersehen, der sie bei 86 Fällen 44 mal feststellen konnte. *Hopf-Dresden.*

Akute Orchitis, von W. Hind. (*Brit. med. Journ.* 26. Juli 1902.) Die akute Orchitis scheint nach den Erfahrungen des Verfassers eine sehr seltene Krankheit zu sein. Sie zeigt so charakteristische klinische Merkmale, dafs man sie eigentlich niemals mit der viel häufigeren Epididymitis verwechseln sollte. Die Ursache ist dunkel. Eine Verletzung, Verstopfung der Blutgefäfse des Samenstranges mögen vielleicht zu einer akuten Orchitis führen. Sie beginnt mit heftigen Schmerzen, Erbrechen und rapider Schwellung, die einen gröfseren Umfang annimmt, als bei der Epididymitis. Ein Ausfluſs aus der Harnröhre ist für gewöhnlich nicht vorhanden. Die Affektion

befällt mehr jugendliche Leute. Nach einigen Tagen lassen die Erscheinungen nach. Nicht selten endet die Krankheit mit einer Atrophie des Testikels.

Verfasser beschreibt 2 Fälle, die mit heifsen Applikationen behandelt worden waren. In dem einen Falle, der einen 20jährigen Jüngling betraf, konnte eine Verletzung nicht festgestellt werden. Der Patient genas, behielt jedoch einen stark atrophisch gewordenen Testikel zurück. Verfasser glaubt, dafs in Zukunft frühzeitige Incision in die Tunica albuginea diesem Übel vorbeugen könnte.

C. Berliner-Aachen.

Die Entzündungsherde im Nebenhoden, von Felix Legueu. (*Journ. d. pratic* 1902. No. 17.) Ausgehend von je einem Falle von blennorrhoischer, tuberkulöser und syphilitischer Nebenhodenentzündung bespricht der Verfasser die Differentialdiagnose dieser verschiedenen Formen. In allen Fällen von blennorrhoischer und in den weitaus meisten Fällen von tuberkulöser Epididymitis handelt es sich um ascendierende Entzündungen, die durch Vermittelung des Vas deferens zu stande kommen; der Sitz der Induration ist daher bei diesen Formen der Teil der Epididymis, der sich direkt an das Vas deferens anschliefst, d. h. die Cauda. Ein schleichender Beginn und Verlauf ohne akute entzündliche Erscheinungen ist kein Beweis für die tuberkulöse, bezw. gegen die blennorrhoische Natur einer Epididymitis; denn wie es einerseits akute tuberkulöse Nebenhodenentzündungen giebt, so kommen andererseits chronische, torpide, blennorrhoische Entzündungen der Epididymis vor; dieselben treten im Verlaufe chronischer Blennorrhoen auf, und zwar besonders bei Kranken mit Harnröhrenstrikturen, hinter welchen oft latente Infektionsherde lokalisiert sind. Schmerzen fehlen bei allen chronischen, torpiden Entzündungen, gleichviel welcher Natur diese sind. Verlötung eines im Zustande der chronischen Entzündung befindlichen Nebenhodens mit dem Skrotum, ferner Eiterung, Fistelbildung, höckerige Beschaffenheit der vergröfserten Nebenhodenpartie selbst oder des Vas deferens, starke Verhärtung und ausgesprochene Knotenbildung in der Prostata oder in einem Samenbläschen spricht mit Bestimmtheit für die tuberkulöse Natur einer Epididymitis. Doch finden sich diese Symptome, sei es einzeln, sei es vereint, durchaus nicht in allen Fällen von tuberkulöser Epididymitis. Ihr Fehlen beweist daher nichts gegen die tuberkulöse Natur der Entzündung. In solchen Fällen giebt die Untersuchung der Harnröhre und des Urins die Entscheidung: wo auch nur Spuren einer Blennorrhoe zu finden sind, wird man sich für die blennorrhoische Natur der Entzündung entscheiden, im anderen Falle für die tuberkulöse.

Bei der selten vorkommenden syphilitischen Nebenhodenentzündung erfolgt die Infektion auf dem Blutwege; die Entzündung hat ihren Sitz stets und ausschliefslich im Kopf des Nebenhodens, der auf das zwei- bis dreifache seiner ursprünglichen Gröfse anschwillt. Die Geschwulst ist, je nachdem sie sich sehr langsam oder rascher, also akuter entwickelt, indolent oder schmerzhaft. Die Affektion ist meist bilateral symmetrisch. Die Cauda des Nebenhodens ist vollständig intakt, ebenso Hoden und Vas deferens. Das Skrotum ist gerötet und leicht ödematös, aber mit dem Tumor nicht adhärent.

Götz-München.

Die Radikalkur der Hydrocele durch Injektionen von Karbolsäure, von William B. Coley und Preston A. Satterwhite-New York. (*New York med. Journ.* 29. März 1902.) Während die ersten Autoren, welche die Injektion konzentrierter Karbolsäure bei Hydrocele empfahlen (Levis im Jahre 1881, Weir 1882), ziemlich hohe Dosen von 2—6 g anwandten, ergaben die vorliegenden Versuche, dafs man mit geringeren Mengen von 6—12 cg zu demselben günstigen Resultate kommt; mehr wie 0,6 g wurden von den beiden Verfassern niemals injiziert. Bei Kindern erwies sich

die Radikalkur nie als notwendig, sondern es genügten die täglichen Applikationen von Jod- und Belladonnatinktur zu gleichen Teilen, nur bei sehr ausgedehnter Hydrocele wurde die Aspiration derselben und Reizung der Tunica vermittels des Troicarts vorgenommen. Bei älteren Kindern über 14 Jahre und Erwachsenen ist jedoch die Radikalkur geboten. Verfasser verwandten mit Vorliebe Schrings kristallisierte Karbolsäure, zu welcher sie so viel Glycerin zusetzten, um eben eine Verflüssigung zu erhalten; die Reaktion mit 6 cg dieser Lösung war eine intensivere, als mit der 4—5fachen Menge der gewöhnlichen Karbolsäure. Eine Reihe angeführter Fälle, bei welchen jedoch vor der Injektion sorgfältigst der Inhalt der Hydrocele ausgedrückt wurde, illustrieren die Vorzüge der „Karbolsäure"-Methode, die sich auch durch die Einfachheit und bei Anwendung der geringen Menge von Karbols durch relative Gefahrlosigkeit auszeichnet. Wenn auch durch die Injektionsmethode die Hydrocele in den meisten Fällen zu heilen ist, so giebt es doch einige wenige Fälle, bei welchen man zu der offenen Resektionsmethode greifen muls; für die beste Art derselben halten Verfasser die von Bergmannsche, welche in Resektion der oberflächlichen Tunica vaginalis besteht und nie mehr als 8—10 Minuten Zeit zu ihrer Ausführung erfordern sollte. *Stern-München.*

Zwei Fälle von Hydrocele mit ungewöhnlichen Erscheinungen, von F. Griffith-New York. (*Philad. med. Journ.* 28. Juni 1902.) I. Ein 23jähriger Kommis, bei dem die Hydrocele schon einmal punktiert und einmal mittels offener Incision behandelt worden war, wurde vom Verfasser dreimal punktiert mit nachfolgender Injektion von Karbolsäure binnen kaum 3 Wochen, ehe definitive Heilung eintrat.

II. Ein 26jähriger Fuhrmann mit linksseitiger Hydrocele wurde punktiert und erhielt eine Injektion von 7,5 ccm (schwacher) Jodtinktur, ohne dauernden Erfolg. Desgleichen war eine doppelte Incision und Drainage mit Gazestreifen erfolglos. Bei der dritten Aufnahme wurde wieder punktiert, wobei, wie es scheint, eine Verletzung der Tubuli seminiferi stattfand. Nach dreiwöchiger Bettruhe heilte die Affektion unter Hinterlassung einer Verdickung am Hoden und der Tunica vaginalis, und es hatte nach 18 Monaten sich kein Rezidiv entwickelt. *Philippi-Bad Salzschlirf.*

Technische Bemerkungen zur Winkelmannschen Hydrocelenoperation, von W. Mintz. (*Centralbl. f. Chir.* 1902. No. 20.) Um die von Lauenstein und Guckel erwähnten Rezidive nach der Winkelmannschen Operation der Hydrocele zu vermeiden, empfiehlt Verfasser, den Hydrocelensack nicht aus der Tunica communis herauszuschälen, sondern beide Schichten zu spalten und nach Hervorziehung des Hodens umzukrempeln; so wird die secernierende Fläche der Tunica propria der Innenfläche des Hodensacks zugewandt, die weiterhin abgesonderte Flüssigkeit resorbiert. Um dem Patienten das Zurücklassen von Seidensuturen zu ersparen, werden Stränge aus dem Hydrocelensack geschnitten und nach Umkrempelung desselben durch eine vis-à-vis gesetzte Öffnung gezogen und geknüpft. *F. Hahn-Bremen.*

c. *Prostata.*

Über die Reaktion des Prostatasekretes bei chronischer Prostatitis, von C. Pezzoli. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1902. No. 27.) Fürbringer zeigte, dafs das Sekret der Prostata das latente Leben der in den Samenblasen noch unbeweglichen Spermatozoen erweckt, und führte das auf die saure Reaktion desselben zurück. Finger und Burkhardt lehrten, dafs das Sekret bei chronischer Prostatitis durch Eiterbeimengung neutral oder alkalisch reagiert. Diesen Behauptungen ist Lohnstein

entgegengetreten. Nach ihm reagiert das krankhafte Sekret auch meistens sauer, beeinflufst der Eitergehalt nicht Acidität und ist die Reaktion nicht von merkbarem Einflufs auf die Lebensfähigkeit der Spermatozoen. Diese Anschauungen Lohnsteins sind unrichtig, da sie sich auf falsche Methoden aufbauen. Das von ihm verwendete Phenolphtalein ist absolut unbrauchbar, um die Reaktion peptonhaltiger Flüssigkeiten zu prüfen, es giebt das entgegengesetzte Resultat wie Lackmus. Verwendet man zur Prüfung Lackmustinktur, so findet man bei Prostatitis fast stets alkalisches Sekret. Enthält letzteres Spermatozoen, dann ist das Ergebnis natürlich nicht mafsgebend. — Verfasser hält deshalb die Fingerschen Behauptungen aufrecht.

Jessner-Königsberg i. Pr.

Über die Reaktion des Prostatasekretes bei chronischer Prostatitis, von H. Lohnstein. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1902. No. 30.) Gegenüber Pezzoli, der die Untersuchungen Lohnsteins, betreffend die Reaktion des Prostatasekretes, beanstandete, weil das Phenolphtalein sich zur Prüfung derselben nicht eigne, hebt Lohnstein hervor, dafs umgekehrt die Lakmustinktur keine eindeutigen Resultate bei den in Rede stehenden Versuchen gebe und ihrerseits an den ungeheuren Differenzen in den Untersuchungsergebnissen Schuld trage. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Digitalkompression der Prostata, von A. Guépin - Paris. (*Rev. internat. de Thér. physique.* 1902. No. 16.) Der Verfasser hat bereits vor Jahren darauf hingewiesen, dafs durch die „Digitalkompression", d. h. durch die methodische, mittels Fingerdrucks bewirkte Entleerung des Sekretes aus den dilatierten Prostatadrüsen die Sekretstauung in diesen Drüsen beseitigt und das Abschwellen des ganzen Organs begünstigt wird. Das Verfahren, das in seinem Wesen und seinen Zwecken von der Prostatamassage vollkommen verschieden ist, ist in allen Fällen, in denen Sekret aus irgend einem Grunde an den Drüsengängen stagniert, also in allen Fällen von akuter, subakuter, chronischer, partieller oder allgemeiner Prostatitis mit Erfolg anzuwenden und bewirkt eine sofortige Besserung aller Krankheitserscheinungen. Bei beginnender Prostatahypertrophie führt die Digitalkompression in Verbindung mit einer entsprechenden Regelung der Lebensweise und methodischem Gebrauch des Katheters nicht selten zur Rückbildung der Prostata, d. h. zur Heilung. Die Technik ist ganz einfach: nach Entleerung des in der Blase befindlichen Urins wird die Blase zum Teil mit warmer Borsäurelösung gefüllt; dann führt man, während sich der Patient in Knieellenbogenlage befindet, den Finger in das Rectum ein und komprimiert ganz sanft mit der Pulpa des Fingers alle erweiterten Drüsen, soweit sie weich sind; dieselben entleeren sich schon bei ganz leisem Druck. Harte Drüsen, die dem drückenden Finger Widerstand leisten oder auf Druck schmerzhaft sind, dürfen nicht weiter berührt werden; man mufs daher in allen Fällen mit der Digitalkompression warten, bis die spontanen Schmerzen aufgehört haben. Gewöhnlich sind, um alle Drüsen zu entleeren, mehrere Sitzungen nötig. Bei Kranken mit Prostatahypertrophie mufs, um das Eindringen von Urin in die nach der Entleerung klaffenden Drüsengänge zu verhüten, die Kompression vorgenommen werden, während der Verweilkatheter liegt, oder es mufs nach der Kompression der Urin regelmäfsig mit dem Katheter entleert werden. Das Verfahren ist in der gleichen Weise auch bei Dilatationen der Samenbläschen indiziert. *Götz-München.*

Die operative Entfernung der Prostata-Adenome, von William Thomson-Dublin. (*Brit. med. Journ.* 31. Mai 1902.) Der Verfasser teilt die Krankengeschichte eines 66jährigen Patienten mit, der seit 15 Jahren an Harndrang und seit ca. 4 Jahren 3—4mal des Tages den Katheter gebrauchen mufste, um den Harn zu entleeren. Da

indessen in der letzten Zeit auch das Katheterisieren mit Schwierigkeiten und Beschwerden verknüpft war und sogar eine ernste Cystitis zur Folge hatte, so wurde nach der Methode von Freyer die direkte Entfernung beschlossen. Durch suprapubikalen Schnitt wurde die Blase geöffnet und zwei glatte, in dieselbe hineinragende Seitenlappen vorgefunden. Ein mittlerer Lappen war nicht vorhanden. Die Masse wurde durch zwei Finger im Rectum etwas emporgehoben, die darüber befindliche Schleimhaut ein wenig aufgetrennt, um die Fingerspitze hineinzulassen. Mit dem Fingernagel wurde nun die Masse langsam von ihrer Umgebung und von der Urethra losgelöst und extrahiert. Dies nahm für den linken Lappen 25 Minuten, für den rechten 10 Minuten in Anspruch. Die Blutung wurde durch Prefsschwamm und heifse Borsäurelösung gestillt, dann eine grofse Drainageröhre in der Blase belassen. Keine Naht und keine Ligatur kam zur Anwendung. Die Heilung erfolgte ohne Zwischenfall. Der Patient kann jetzt am Tage den Urin 4 Stunden, des nachts 6 Stunden halten und ihn ohne Katheter in normalem Strahl und mit voller Kraft entleeren. Die entfernten Tumoren zeigten mikroskopisch eine starke Hyperplasie des Drüsengewebes der Prostata. *C. Berliner-Aachen.*

Die Behandlung der Prostatahypertrophie mittels der galvanokaustischen Methode nach Bottini, von Alb. Freudenberg. (*Samml. klin. Vortr.* Neue Folge. No. 328. Febr. 1902.) Fr. giebt hier eine ausführliche Monographie über diese, jetzt so viel genannte Operation, wozu er nach seinen zahlreichen früheren Arbeiten am ersten nach dem Erfinder selbst berufen zu sein scheint. Einleitend warnt er dringend davor, sich ohne sorgfältiges und eingehendes Studium der Bottinischen Operation überhaupt an dieselbe zu wagen; ebenso sei ein tadelloses Instrumentarium unbedingte Notwendigkeit. Nach einer eingehenden Beschreibung desselben (unter Beigabe von Abbildungen) und historischen Würdigung aller besonders seit dem Jahre 1897 angebrachten Verbesserungen bespricht Verfasser die wichtige Frage der Elektrizitätsquelle; was für einen Akkumulatur man wählt, ist ziemlich gleichgültig, wenn er nur genügend stark, d. h. im stande ist, bei 4 Volt einen Strom von 50—55 Ampère zu liefern. Wünschenswert ist es, dafs der Akkumulator transportabel und unbedingt notwendig, dafs er mit einem Ampèremeter versehen ist. Fr. hält das von ihm eingeführte Ampèremeter für das beste. Was die Technik der Operation betrifft, so sollte vorbereitend eine etwa vorhandene schwere Cystitis thunlichst gebessert werden; während einer Fieberperiode oder bei Entzündung der Nachbarorgane darf man nicht operieren. Neben der sonstigen genauen Untersuchung (des Urins auf Zucker, Eiweifs) mufs die Cystoskopie vorausgeschickt werden und durch den Befund derselben sollen wir unsere Schnitte feststellen. Peinliche Sterilisation des ganzen Instrumentariums ist selbstverständlich. Für die Operation wird die Blase angefüllt und zwar mit Luft (mittels der gewöhnlichen, graduierten Blasenspritze). Die Glühstärke des Messers wählt Fr. so, dafs er bei den weichen Formen der Prostatahypertrophie, die an und für sich mehr zu Blutungen disponieren, eine schwache, auf der Grenze zur Rotglut stehende, bei den harten Formen eine intensive Weifsglut nimmt. Von höchster Wichtigkeit, vor allem auch zur Vermeidung von Blutungen, ist es, das Messer recht langsam durch die Gewebe zu führen (auf 1 cm Schnittlänge hin und zurück 1—1¼ Min. Zeit). Wichtig ist auch genügende Schnittlänge, wozu die alten Instrumente nicht ausreichen und Fr.s neue Instrumente so gebaut sind, dafs sie eine Schnittlänge bis zu 6,6 cm gestatten, wenn man auch selten genötigt ist, über 5 cm hinauszugehen. An Komplikationen während und nach der Operation seien angeführt: 1. Verbiegung des Messers infolge a) nicht genügender Glühstärke desselben, b) zu schnellen Schneidens oder

c) nicht sicheren Festhaltens des Griffes, 2. Blutungen, 3. akute Urinverhaltung, 4. Verletzungen der Blasenwand u. s. w. Bezüglich der Indikationen und Kontraindikationen steht Fr. auf dem Standpunkt, dafs die Bottinische Operation sich für alle Formen der Prostatahypertrophie eignet. Im allgemeinen soll die Indikation für die Operation von dem Stadium abhängen, in dem der Patient zur Behandlung kommt, sowie von dem Grade seiner Beschwerden. Zweifellos und dringend ist die Indikation zur Operation für Fr. mit dem Augenblick gegeben, wo man dem Patienten ohne die Operation dauernd den Katheter in die Hand geben müfste. Die Hauptgefahr für die Bottinische Operation macht die Infektion aus, welche fast ausschliefslich durch den nicht aseptischen Katheterismus hervorgerufen wird. Fr. hebt hervor, dafs hohes Alter an und für sich keine Kontraindikation gegen die Operation abgiebt: ein 90jähriger Patient mit noch nicht infizierten Nieren biete bessere Chancen als ein 50- oder 60jähriger mit bereits erkrankten Nieren. Die Statistik der Bottinischen Operation ergiebt nach einer Zusammenstellung Fr.s vom Oktober 1900 bei 753 Fällen 4,25—5,84 % Mortalität, 7,66 % Mifserfolge und 86,63 % gute Erfolge, d. h. Heilungen + wesentliche Besserungen. Fr. steht nicht an, die Bottinische Operation als eine der segensreichsten Errungenschaften der modernen Chirurgie zu bezeichnen. Anhangsweise giebt Verfasser noch eine Beschreibung der zuerst von Wossidlo konstruierten Incisionscystoskope und schliefslich von 5 Fällen aus seiner Kasuistik zur Bottinischen Operation.

Stern-München.

Über Dauerresultate, Mifserfolge und Rückfälle nach der Bottinischen Operation (für Prostatahypertrophie), von F. Kreissl-Chicago. (*New York med. Journ.* 21. Juni 1902.) Dieses aktuelle Thema findet hier eine sehr wohlthuend unparteiische Besprechung, das Endurteil, zu welchem Kr. nach Anführung von 9 selbst operierten Fällen gelangt, lautet nicht sehr günstig bezüglich der durch die Bottinische Operation zu erzielenden Endresultate. Die beschriebenen Fälle dienen auch zur Erklärung, dafs viele Mifserfolge auf die variablen Strukturveränderungen, welche bei sogenannter Prostatahypertrophie vorhanden sind, auf die Verschiedenartigkeit in Sitz, Form und Lokalisation der vorstehenden Drüsenteile und auf die mechanischen Schwierigkeiten zurückzuführen sind, welche man trifft, wenn man mit einem unnachgiebigen Metallinstrument auf mehr oder weniger beweglichem Gewebe arbeitet. Kompletter Mifserfolg oder baldiger Rückfall der Harnstörungen wird meist in jenen Fällen eintreten, wo die Länge des prostatischen Teiles der Harnröhre 10 cm und mehr beträgt; das Resultat wird im allgemeinen in Fällen von diffuser, wirklicher Hypertrophie, wobei Stroma und Drüsengewebe gleichmäfsig ergriffen sind, ein befriedigendes sein, weniger befriedigend bei der allgemeinen oder umschriebenen Form der fibromyomatösen Hypertrophie in allen Fällen, wo Hervorwölbungen die Urethra prostatica obstruieren. Nach des Verfassers reicher Erfahrung sind, wenn ein Fall überhaupt zur Bottinischen Operation sich eignet, nur die Incisionen in der Längsaxe des elongierten Teiles der Urethra posterior die allein notwendigen und wirksamen, und es ist genügend, die Grube so tief hineinzubrennen, um ein Lumen von der annähernden Weite der normalen Harnröhre zu erhalten. K. hat immer, auf einem hohen Stuhl sitzend, zwischen den Beinen des Patienten operiert, wobei der Ellenbogen des linken Armes auf seinem eigenen Bein ruhte; in den letzten 2 Jahren hat er eine Armruhe (siehe Abbildung) und einen tragbaren Tisch von 3 Fufs Länge, 2 Fufs Breite und 10 Zoll Höhe angewandt, welch letzterer, an das obere Ende des Operationstisches angebracht lang und hoch genug ist, um eine für Operateur und Patienten gleich bequeme und sichere Lagerung zu gestatten. Das Wiederauftreten der Symptome von Prostatahypertrophie ist nicht überraschend, wenn man

dieselbe als Folge einer chronischen Prostatitis ansieht, welche von progressiver interstitieller Hyperplasie gegleitet ist. In der grofsen Mehrzahl der Fälle hält dies K. für richtig und wir können nicht erwarten, dafs eine begrenzte galvanokaustische Incision komplett die pathologische Tendenz eines hypertrophischen Organs beseitigt. Die Bottinische Operation ist also nur eine palliative, welche trotzdem bei Prostatahypertrophie geringen oder mittleren Grades bei Patienten, deren Allgemeinbefinden keine Prostatektomie zuläfst oder deren hohes Alter die Möglichkeit eines Rückfalles ausschliefst, die Operation der Wahl; im letzteren Falle mufs man immerhin mit der Möglichkeit, nach 3 bis 4 Jahren wiederholt zu operieren, rechnen. In den frühen Stadien der Prostatahypertrophie ist bei Leuten im mittleren Lebensalter die Bottinische Operation nicht indiziert, hier kann nur eine radikale Dauerheilung durch die Prostatektomie in Betracht kommen. Durch die Verbesserungen der letzten Jahre (Ferguson, Murphy, Andrew, Fuller) sowohl in der Technik wie in den Instrumenten ist die partielle oder komplette Prostatektomie auf dem perinealen Wege in hohem Grade erleichtert, die Hämorrhagie dabei auf ein geringes Mafs reduziert und die Mortalität vermindert worden. Andere Autoren, wie Guiteras und Nicoll, ziehen die suprapubische Methode oder die Kombination dieser mit der perinealen vor. Welche Methode der Prostatektomie auch immer gewählt wird, jedenfalls ist dieselbe für Kreissl der rationelle Weg dauernder Heilung, wenn es sich um Prostatahypertrophie in den ersten Stadien und auch um Individuen handelt, welche keine vorgeschrittene Niereninsufficienz oder andere Komplikationen, die die Anwendung eines Anästheticums nicht erlauben, tragen. *Stern-München.*

Beitrag zur Bottinischen Operation, von S. Jacoby-Berlin. (*Disch. med. Wochenschr.* 1902. No. 38.) J. giebt ein neues Verfahren bei der Bottinischen Operation an, vermittels einer Zeigervorrichtung sowohl die Ansatzstelle des Incisors als auch seine Schnittrichtung während der ganzen Dauer der Operation mit mathematischer Genauigkeit kontrollieren zu können. Das Instrument bietet entschiedene Vorteile gegenüber dem Verfahren von Wossidlo und Freudenberg, und ist seine Einrichtung durch die Abbildung verständlich. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Anwendung der Galvanokaustik zur Beseitigung der Prostatahypertrophie nach einer neuen Methode, von Wm. N. Wishard Indianopolis. (*St. Louis med. Rev.* 7. Juni 1902.) Um den Nachteil der Bottinischen Operation, dafs bis zu einem gewissen Grade „im Dunkeln" gearbeitet wird, zu vermeiden, führt W. eine Art Cystoskop und unter dessen Leitung den Galvanokauter durch einen Perinealschnitt ein, nachdem von derselben Wunde aus vorher bereits die Pars prostatica dilatiert und die Blase einige Wochen hindurch drainiert war. 4 Fälle, die in dieser Weise erfolgreich operiert worden sind, werden näher beschrieben.

M. Levor-Hamburg.

Die Atrophie der hypertrophischen Prostata nach Blofslegung der Drüse, von Jaboulay. (*Lyon méd.* 1902. No. 27.) Ausgehend von den Erfolgen der Exothyreopexie, bei der die Struma durch Blofslegen und Luxieren nach aufsen zur Atrophie gebracht wird, hat der Verfasser in 2 Fällen von Prostatahypertrophie durch Blofslegen der vergröfserten Drüse Atrophie herbeizuführen gesucht. Er machte in beiden Fällen eine halbkreisförmige prärektale Incision und tamponierte die Wunde 12 Tage hindurch; während dieser Zeit wurden die Kranken regelmäfsig katheterisiert. Im ersten Falle, in dem die Prostata aufsergewöhnlich grofs war, tritt im Verlaufe eines Monats eine sehr bedeutende Verkleinerung der Drüse ein. Die Miktionen gingen von der dritten Woche nach der Operation an spontan vor sich, der vorher

stark eiterhaltige Urin wurde klar. Im zweiten Falle, in dem die Prostata nicht so grofs, aber härter war, verkleinerte sich die Drüse ebenfalls, doch war auch nach der Operation die Einführung des Katheters notwendig, allerdings nicht mehr so häufig wie früher. — Möglicherweise werden durch die Operation vorhandene Kongestionszustände beseitigt. *Göts-München.*

Der gegenwärtige Stand der Behandlung der Prostatahypertrophie, von Mansell Moullin-London. (*Edinb. med. Journ.* Oktober 1902.) In sehr übersichtlicher Weise wird hier die Behandlung der Prostatahypertrophie, welche gegenwärtig so vielseitig diskutiert wird, dargestellt. Bezüglich der Katheterbehandlung spricht sich M. im allgemeinen sehr ungünstig aus, da sie in vielen Fällen zu schlimmen und ganz anderen Folgen führt, als ursprünglich beabsichtigt war. Wenn immer irgend eine Schwierigkeit bei der Einführung des Katheters vorhanden ist, so sollte stets ein anderer Weg der Behandlung gewählt werden; die Schwierigkeit kann bei solchen Fällen in irgend einer Besonderheit der Geschwulst liegen, im allgemeinen entsteht sie aber dadurch, dafs die Seitenlappen der Prostata affiziert sind und daneben noch passive Kongestion vorhanden ist. Der Katheterismus kann zwar für den Augenblick Nutzen und Hülfe bringen, von dauerndem Werte und Einfluss auf den Fortschritt der Affektion kann er aber nicht sein. Es ist von ersten Autoritäten festgestellt worden, dafs die habituelle Anwendung des Katheters vollständig die Kontraktionsfähigkeit der Blase innerhalb weniger Jahre zerstören kann (Atonie); eine andere unangenehme Folge ist Hämorrhagie aus den dilatierten Venen am Blasenhals, eine der schlimmsten Folgen ist aber septische Entzündung und in deren Folge septische Cystitis, Pyelonephritis, Prostatitis u. s. w. Unter Prostatektomie versteht M. nicht die Entfernung der ganzen Prostata, sondern nur der ganzen obstruierenden Partie derselben. Die Fälle, welche er am geeignetsten für diese Operation fand, sind jene, bei welchen eine grofse, unregelmäfsig gewachsene oder gelappte Prostata vorhanden und bei welchen die Nieren noch nicht ernstlich affiziert sind. Bottinis Operation, von Freudenberg modifiziert, hat nach Verfassers Ansicht noch kaum die Wertschätzung gefunden, welche sie verdient; in den geeignet ausgewählten Fällen machte er damit aufserordentlich zufriedenstellende Erfahrungen. Sie ist hauptsächlich angezeigt im Frühstadium der Prostatahypertrophie, wenn die Symptome kongestiver Natur sind, und in jenen Fällen, wo eine dichte fibröse Prostata von nicht sehr grofsem Umfang, verbunden mit Blasenatonie, vorhanden ist. Diese Form von Prostatahypertrophie läfst weder perineale noch suprapubische Prostatektomie zu und scheint in keiner Weise durch die Orchidektomie oder verwandte Operationen beeinflufst zu werden; bei Beginn des Leidens, wenn die Hauptursache desselben Kongestion und Hyperämie der Schleimhaut des Blasenhalses sind, kann Bottinis Operation die Symptome auf Jahre hinaus beheben, während Katheterismus den Zustand nur verschlimmert. Was die Operation an Hoden und Samensträngen betrifft, so hat die Resektion der Vasa deferentia nur in einem von 15 operierten Fällen längeren Erfolg gehabt; nach diesen Erfahrungen M.s hat die Ligatur oder Resektion der Vasa deferentia keinen Einfluss auf die Ernährung der Hoden des Erwachsenen und ist bei Prostatahypertrophie nur von ganz vorübergehendem Nutzen; anders verhält es sich mit der Orchidektomie oder der kompleten Durchtrennung des Samenstranges (zwischen zwei Ligaturen); in den 30 Fällen, wo M. die eine oder andere dieser beiden Operationen vornahm, erwiesen sie sich als sehr wertvolle Mittel gegen die Prostatahypertrophie: in der Mehrzahl der Fälle geht nicht nur die Kongestion der Prostata zurück, sondern die vergrösserte Prostata wird flach und weich, die pars prostatica der Urethra verkürzt sich und der Abfluss des Urins aus der

Blase wird weit und frei. Diese günstige Veränderung ist, wenn sie eintritt, eine progressive und permanente. In Fällen, wo eher chronische Entzündung der Prostata und wiederholte Anfälle von Prostatitis als neugebildetes Gewebe vorhanden sind und in jenen Fällen, wo die Prostata intensiv hart, nur mäfsig vergröfsert und mit vorgeschrittener Atonie der Blase verbunden ist, wirkt die Orchidektomie gar nicht oder nur in geringem Grade. M. sieht dieselbe als eine Operation an, welche nur unter Ausnahmeumständen ausgeführt werden sollte an Männern, welche das Alter sexueller Thätigkeit hinter sich, ihre geistige und physische Energie ungeschmälert erhalten haben und bei welchen die Prostata gleichförmig vergröfsert, mäfsig weich und elastisch und der Zustand der Blase ein derartiger ist, dafs sie voraussichtlich wieder vollständig ihre Funktion erfüllen kann. Wie die Prostatektomie ist die Orchidektomie nicht ratsam zu einer Zeit, wo Patient an akuter Harnverhaltung oder frischer eitriger Cystitis gerade leidet. Was schliefslich noch die Drainage der Blase betrifft, so kann sie nur als Hilfsmittel gegen eine der schlimmsten Komplikationen der Prostatahypertrophie, gegen die eitrige Cystitis, aber nicht gegen die Hypertrophie selbst in Betracht kommen. Über die anderen Methoden der Behandlung derselben hat Verfasser nur wenig oder keine Erfahrung; die Einführung dicker Stahlsonden ist manchmal von Nutzen, Elektrolyse und Unterbindung der Arter. iliacae intern. sind jedoch ohne Einfluſs. *Stern-München.*

Radikalheilung der Prostatahypertrophie, von J. Albarran. (*Presse méd.* 1902. No. 42.) Der Verfasser verfügt über eine Reihe von 35 perinealen Prostatektomien, die er selbst operiert hat. Darunter kam nur ein letaler Fall vor bei einem Patienten, der an Pyelonephritis litt und an Kachexie fünf Wochen nach dem Eingriff zu Grunde ging. In einem Falle traten ernste Infektionserscheinungen der zu weit geschlossenen Dammwunde auf. Doch gaben sich dieselben bald wieder vollkommen. Sonst erfolgte nie eine Fiebersteigerung nach der Operation noch sonstige Komplikationen. Das Alter der operierten Kranken betrug im Mittel 63 Jahre, zwei Kranke, die glatt durchkamen, waren 73 Jahre alt. Alle operierten Patienten waren, als man den chirurgischen Eingriff vornahm, infiziert, zum Teil hatten sie eitrige Miktionen. In einem Falle, bei einem Herrn von 73 Jahren, der seit 1½ Jahren ein Sondenleben fristete, entfernte Albarran eine 230 g wiegende, doppeltfaustgroſse Vorsteherdrüse, worauf eine glatte ungestörte Heilung folgte. Wenn sehr alte Herren sich noch gut sondieren können, auch in Fällen von Pericystitis und starker Periprostatitis, bei schweren oder doppelseitigen Nierenaffektionen und bei sehr schlechtem Allgemeinzustand, operiert Albarran nicht. *Hopf-Dresden.*

Die chirurgische Behandlung der Prostatahypertrophie, von Charles H. Chetwood. (*New York med. Journ.* 31. Mai 1902.) Unter Anführung von 7 Fällen beschreibt Chetwood seine Methode der perinealen Operation, welche darin besteht, dafs nach einer perinealen Incision die Prostata genau untersucht, dann vermittels eines speziell konstruierten Instruments (s. Abbildung) die entsprechenden Lappen der Prostata galvanokaustisch behandelt werden; innerhalb der Urethra liegende Knoten werden am besten auf dem gewöhnlichen Wege enukleiert und die Operation, wenn nötig, durch eine intravesicale galvanokaustische Incision vervollständigt. Chetwood giebt nach genauer Beschreibung seiner operierten Fälle als Resumé seiner Erfahrungen vor allem den Ratschlag, man solle sich nicht zu lange mit Palliativmafsnahmen abgeben, wenn sie nach einer gewissen Zeit die Symptome nicht gebessert haben. Nicht einmal, sondern wiederholt aufgetretene Infektion der Blase oder ascendierende Niereninfektion sind genügende Gründe zum operativen Eingreifen. Gegenwärtig

besteht überhaupt die Tendenz, die Radikaloperation in einem früheren Stadium vorzunehmen als es ehedem der Fall war. In der grofsen Mehrzahl der Fälle von Prostatahypertrophie kann der obstruierende Teil der hypertrophischen Drüse in befriedigender Weise durch die galvanokaustischen Incisionen auf perinealem Wege erreicht und mit Erfolg entfernt werden. Eine wohlgelungene Zeichnung veranschaulicht sehr gut Cherwoods Operationsmethode. *Stern-München.*

Die totale Exstirpation der Prostata zur radikalen Heilung der Prostatahypertrophie, von P. J. Freyer. (*Brit. med. Journ.* 26. Juli 1902.) Der Verfasser fügt zu den früher publizierten Fällen noch eine Serie von 6 hinzu, bei denen die Operation mit gutem Erfolge ausgeführt worden ist. *C. Berliner-Aachen.*

Chronische Prostatahypertrophie, behandelt nach der Methode von P. J. Freyer, von John Smyth-Bengalen. (*Brit. med. Journ.* 31. Mai 1902.) Der Verfasser berichtet über einen Fall bei einem 60jährigen Manne, der vor 20 Jahren eine Blennorrhoe durchgemacht hat. Seit drei Jahren kann er nur unter grofsen Beschwerden urinieren. Bei der Untersuchung wurde keine Striktur, wohl aber eine beträchtliche Vergröfserung der Prostata konstatiert. Durch das Cystoskop wurde festgestellt, dafs die lateralen Prostatalappen in die Blase hineinragten, und zwischen ihnen eine Furche sich befand, von der ein runder, gestielter Tumor in die Blase herabhing.

Auch in diesem Falle wurde durch Enukleation erst des rechten, dann des linken Lappens mit dem Zeigefinger und dieselbe Nachbehandlung, wie im vorigen, Heilung herbeigeführt. *C. Berliner-Aachen.*

Prostatectomia suprapubica, von Floyd Willcox McRae-Atlanta (Georgia). (*New York med. Journ.* 24. Mai 1902.) Trotz der guten Resultate, die allerwärts jetzt über die Bottinische Operation berichtet werden, worüber aber Verfasser keine eigene Erfahrung besitzt, glaubt er doch, dafs die komplette Entfernung der Prostata im frühen Stadium der Prostatahypertrophie die zukünftige Behandlungsart bilden wird. McRae führt 4 Fälle genau mit den histologischen Befunden der entfernten Drüsen an und hebt als originell in seiner Operationsmethode die Art der Entfernung der Prostata und der Blasendrainage hervor. Er inzidiert die Schleimhaut und äufsere Kapsel der Prostata an dem hervortretendsten Teil jedes Lappens und entfernt jeden Lappen für sich, dann legt er einen Retentionskatheter und ein Drainrohr über die Symphyse ein, schliefst die Blase genau um diesen Drain herum; ein dünner Gazestreifen zur Drainage der Bauchwand wird nach 24 bis 36 Stunden wieder entfernt. Die Blase konnte auf diese Weise leicht ausgewaschen und rein gehalten werden und der in der Harnröhre liegende Katheter verursachte nur ganz geringe Reizung. Die Patienten waren nach der Operation frei von Schmerzen, keine Temperaturerhöhung, keine schwere Blutung stellten sich ein. Die gebrauchten Katheter und die Art, wie sie in situ liegen, sind durch Zeichnungen illustriert. *Stern-München.*

Die Prostatektomie bei erhöhter Dammlage, von Gobert Proust. (*Presse méd.* 1901. No. 87.) Bei der vom Verfasser vorgeschlagenen Operation liegt der Patient so, dafs die Unterschenkel vertikal nach oben, die Oberschenkel und das Perineum total horizontal gelagert sind, während der Rücken, einen Winkel von 45° mit den Oberschenkeln bildend, schräg nach unten auf einer Platte befestigt ist. Der Kopf wiederum ruht beinahe horizontal. Die Befestigung und Lagerung aller Körperteile ist eine aufserordentlich praktische und gute, wenn auch die Hochstellung der Unterschenkel und die Tieflagerung des Kopfes zuerst als erschwerender Umstand

erscheint. Der Operationstisch ist so konstruiert, daſs der Kranke erst nach Eintritt des narkotischen Stadiums von der horizontalen in die oben bezeichnete Lage gebracht werden kann. Es folgt die Beschreibung der Technik der Operation.

Hopf-Dresden.

Ein Prostatektomie-Forceps, von Ramon Guiteras-New York. (*New York med. Journ.* 29. März 1902.) Den Forceps, welchen G. zum Fassen der Prostata bei deren Excision konstruierte, hat groſse Ähnlichkeit mit der, zur Narkose gebräuchlichen Zungenzange. Er hat ovale Blätter mit Fenstern in der Mitte, deren innere Fläche gezackt, die äuſsere glatt ist, sie sind ungefähr $^3/_4$ Zoll breit und 1 Zoll lang. Diese Prostata-Zange ist leicht einzuführen, ermöglicht irgend einen gewünschten Grad von Druck auf die Lappen auszuüben, zerreiſst nicht das Drüsengewebe oder verwundet die Finger; wichtig ist, die Seitenlappen getrennt zu entfernen, selbst wenn die ganze Prostata en masse entfernt werden kann, da sonst die ganze Pars prostatica der Urethra mitgenommen würde. Zwei beigegebene Zeichnungen illustrieren deutlich die Anwendungsart dieser Prostata-Zange, welche durch die eben angeführten Eigenschaften nach G.s Ansicht den Vorzug vor den anderen in Gebrauch befindlichen verdient. *Stern-München.*

d. *Nieren, Ureteren, Harn.*

Über die nächtliche Pollakiurie und ihre semiologische Bedeutung, von Bazy. (*Journ. d. pratic.* 1902. No. 30.) Nach den Erfahrungen des Verfassers ist die nächtliche Pollakiurie stets ein Beweis dafür, daſs eine Veränderung in einer oder in beiden Nieren, und zwar entweder ein Reizzustand oder eine Kongestion, eine Entzündung oder eine Infektion vorhanden ist. Genaue Beobachtung und Würdigung der nächtlichen Pollakiurie und aller übrigen klinischen Symptome gestattet in fast allen Fällen von Nierenerkrankungen die Stellung einer exakten Diagnose, ohne daſs man zur instrumentalen Untersuchung seine Zuflucht nehmen müſste.

Göts-München.

Experimentelle Untersuchungen über Harnantiseptica, von Otto Sachs. (*Wien. klin. Wochenschr.* 1902. No. 12.) Verfasser hat Urotropin, Acidum salicylicum, Salol, Methylenblau, Kalium chloricum, Oleum terebinthinae, Oleum santali, Balsamum copaivae, Acidum boricum und Folia uvae ursi in ihrer Eigenschaft als Harnantiseptica geprüft. Die Einzelheiten müssen im Original nachgelesen werden. Hier seien nur die Schluſsergebnisse wiedergegeben:

1. Bei innerer Darreichung von Antisepticis, die in den Harn übergehen, erhält dieser entwickelungshemmende und bakterientötende Eigenschaften, sei es, daſs es sich um bakterienhaltigen Urin bei Cystitis handelt, sei es, daſs einem normalen, bakterienfreien, aber nach Verabreichung innerer Antiseptica entleerten Urin Bakterienkulturen zugesetzt wurden. Die Einwirkung eines derartigen Urins auf Bakterien wurde bei Körpertemperatur mittels der Plattenmethode untersucht.

2. Urotropin in der Dosis von 4,0 und mehr pro die erwies sich als das am meisten wirksame Mittel. Ihm nahe steht Acid. salicylicum in groſsen Dosen. Dann folgten die anderen Mittel, von denen nur Kalium chloricum, Acidum boricum und Fol. uv. ursi keine erkennbare Wirkung zeigten. *Jessner-Königsberg i. Pr.*

Über die Wirkung von Salicylpräparaten auf die Harnwege nebst einigen Bemerkungen über die Genese der Cylinder und Cylindroide, von Hugo Lüthje-Greifswald. (*Dtsch. Arch. f. klin. Med.* 1902. Bd. 74. Heft 12.) L. stellte bei 33 Patienten, denen wegen Gelenkrheumatismus und anderen Affektionen Salicyl gegeben wurde, systematische Harnuntersuchungen an. Zunächst wurde der Urin

mehrmals vor Darreichung des Salicyls geprüft. Beim Fehlen von Eiweiß und pathologischen Formbestandteilen wurde dann das Salicylpräparat verabreicht und fortlaufende Untersuchungen des Harnes, auch nach dem Aussetzen des Präparates, gemacht bis zum Wiedereintritt normaler Verhältnisse. Das Ergebnis war folgendes: In keinem der 33 Fälle fehlten im Harn nach Darreichung des Salicyls pathologische Bestandteile; sehr häufig war Eiweiß vorhanden, fast regelmäßig größere Mengen von Epithelien aus allen Abschnitten des Harnapparates, sehr häufig weiße und rote Blutkörper, konstant Cylinder verschiedener Art und Cylindroide. Das Erscheinen dieser pathologischen Bestandteile schloß sich in unverkennbarer Weise dem Zeitpunkt an, von dem ab Salicyl gegeben wurde; die Wiederkehr normaler Verhältnisse erfolgte in kürzerer oder längerer Zeit nach Aussetzen des Präparates (14 Tage bis 3 Wochen). Der Befund war der gleiche bei Aspirin, Salipyrin, Salol und anderen Salicylpräparaten. Je größer die Dosis war und in je kürzerer Zeit sie gegeben wurde, um so ausgesprochener waren im allgemeinen die Folgeerscheinungen. Fast konstant traten Kalkoxalatkristalle im Sediment auf. Auffallend häufig wurde reichliche Cylindrurie neben anderen pathologischen Formbestandteilen gefunden, ohne daß gleichzeitig Eiweiß nachweisbar war. Wie aus Kontrolluntersuchungen hervorging, gehört das Vorkommen von Cylindern im Harn Gesunder zu den größten Seltenheiten. Verfasser behauptet daher, daß in allen seinen Fällen nach Salicylgebrauch eine Nephritis und auch an anderen Stellen des Harntractus Reizungserscheinung mit vorwiegend desquamativem Charakter auftraten. *M. Levor-Hamburg.*

Über reine Cylindrurie bei künstlich erzeugter Gallenstauung, von P. S. Wallerstein. (*Berl. klin. Wochenschr.* 1902. No. 14.) Verfasser erzeugte durch Unterbindung des Ductus Choledochus bei jungen 1—2 Monate alten Hunden Gallenstauung. Spätestens 24 Stunden nach der Operation wurde der Harn untersucht, in dem vorher nie Albumen konstatiert war. Am dritten Tage fanden sich in geringer Anzahl epitheliale und granulierte Cylinder, Nierenepithel und weiße Blutkörperchen, erst am vierten Tage völlig ausgebildete hyaline Cylinder, während stets am dritten Tage ziemlich starke Polyurie auftrat. Es ergiebt sich, daß man durch experimentellen Ikterus eine reine Cylindrurie erzeugen kann. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Vom Harnleiter-Blasen-Reflex, von M. P. Bazy. (*Presse méd.* 1901. No. 32.) Der Verfasser berichtet über zwei in der Nierenblasendiagnostik ihm wertvoll gewesene Erkennungsmittel, nämlich den Nierenbecken-Blasen Reflex und den Harnleiter-Blasen-Reflex. Ersteren beobachtet man zuweilen, wenn die einfache bimanuelle Nierenuntersuchung ohne subjektive Erscheinungen verläuft. Bei Druck auf die Abdominalwand, 2—3 cm nach außen von der Mittellinie, läßt sich in gewissen Fällen ein Schmerz auslösen, der meist nach dem Epigastrium oder der Brust der anderen Seite ausstrahlt. Zuweilen gesellt sich diesen Empfindungen eine ausstrahlende Sensation nach der Blase hinzu, welche von Harndrang begleitet ist. Dieser Nierenbecken-Blasen-Reflex ist verhältnismäßig selten; ganz im Gegensatz dazu ist der Blasen-Harnleiter-Reflex eine sehr häufige Erscheinung. Er läßt sich besonders leicht beim Weibe nachweisen. Touchiert man per vaginam bei leerer Blase, so läßt sich an deren unterer Seite in gewissen Fällen ein schmerzhafter Punkt abtasten, dessen Berührung einen schmerzhaften Harndrang auslöst. Es ist dies die Einmündungsstelle des Harnleiters, die man in Fällen, wo der Ureter palpabel ist, deutlich als solche erkennen kann. Bei diesem Befund darf man auf eine Ureteren- oder Nierenbeckenerkrankung schließen. Bei der einfachen Cystitis ist eher das Gebiet des Blasenhalses schmerzhaft.

Hopf-Dresden.

Studie über die Chylurie, von A. Sloan. (*Polyclinique* 1902. No. 16.) Nach einer kurzen Zusammenfassung all dessen, was zur Zeit über die Chylurie und namentlich über die Chemie des chylösen Harns bekannt ist, berichtet der Verfasser über zwei von ihm beobachtete Fälle von nicht parasitärer Chylurie. In dem einen Falle machte er eingehende qualitative und quantitative Harnuntersuchungen. Die ersteren hatten hauptsächlich den Zweck, über das Vorkommen von Cholestearin im chylösen Harn Klarheit zu bekommen. Während nämlich bisher alle Forscher in dem im Urin enthaltenen, chemisch nicht behandelten Fett Cholesterinkristalle nicht gefunden haben, wurden solche in den Verseifungsprodukten dieses Fettes konstant nachgewiesen. Diese beiden Thatsachen brachten den Verfasser auf den Gedanken, dafs das Cholestearin im chylösen Urin in Form einer chemischen Verbindung enthalten ist, deren Kristalle von denen des reinen Cholestearins verschieden sind. In der That gelang es ihm, ölsaures Cholesteryl im chylösen Urin nachzuweisen; wahrscheinlich ist auch palmitinsaures Cholesteryl darin enthalten. Außerdem fand der Verfasser noch Triglyceride und Lecithin. — Der eine der beiden mitgeteilten Fälle schien durch mechanische Ursachen hervorgerufen zu sein. Wenn man nämlich den Kranken während des Tages, während dessen der Urin sonst stets normal war, nach Entleerung und Ausspülung der Blase horizontal auf dem Rücken liegen liefs, war der nach einigen Minuten mit der Sonde entleerte Urin ausgesprochen chylös; dagegen war der nach einer Blasenspülung in Bauchlage aufgefangene Urin stets normal. Es mufste demnach eine Kommunikation zwischen Blase und Lymphwegen vorhanden sein. — Dafs es sich bei der Chylurie wirklich um Lymphbeimengung zum Urin handelt, hält der Verfasser für sicher. Die Prognose der Affektion ist quoad vitam eine vollkommen gute. *Götz-München.*

Über die rationelle Behandlungsmethode der Oxalurie, von H. Rosin-Berlin. (*Ther. d. Gegenw.* Juli 1902.) Gegen die pathologische Oxalurie empfiehlt R. warm die von Klemperer angegebene Ernährungskur. Die Nahrung soll wenig Spinat, Kohl, Thee, Kakao, Eier enthalten und hauptsächlich in Fleisch bestehen. Auch Mehlspeisen, Reis, Hülsenfrüchte, Fett, Äpfel, Birnen sind gestattet. Daneben giebt man kleine Mengen Magnesiasalz. Verfasser hatte in kurzer Zeit bei einem so von ihm Behandelten guten und dauernden Erfolg. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Über Glykosurien, welche durch Anwendung von Giften erzeugt werden, von Karl Schenk-Homburg. (*Ärztl. Prax.* 1902. No. 10.) Der Verfasser bespricht die Faktoren, welche zur Entstehung der Glykosurie führen können und macht sowohl eine minderwertige Enzymwirkung als eine fehlerhafte Intraorganverbrennung dafür hauptsächlich verantwortlich. Erstere, also die krankhaft veränderte spezifische Invertierung der Kohlehydrate im Darm kann einerseits auf einer Drüsenorganaffektion beruhen, andererseits auf neurogene Einflüsse zurückgeführt werden. Gifte, welche auf Drüsenzellen destruierend einwirken, vermögen demnach Zuckerharnruhr zu erzeugen. (Phosphor, Strychnin) Gifte, die lähmend auf Neurone oder bestimmte Nervenbahnen einwirken, haben unter Umständen Diabetes, namentlich Dextrosurie, zur Folge (Narcotica). Die mangelhafte Verbrennung der Nahrung im Körper, die den zweiten Faktor der Zuckerausscheidungen bildet, beruht auf einem Sauerstoffmangel. Letzterer entsteht entweder durch fehlerhaften Mechanismus der Respiration oder einen Ausfall der Sauerstoffträger des Blutes oder endlich durch Aufspeicherung nicht atembarer Gase in der umgebenden Luft. Unter Rubrik 1 fallen demnach Chloroform und Curare, unter Rubrik 2 Blausäure, Salzwasser (in Injektionen in den Blutstrom), unter 3 Kohlenoxydgas. *Hopf-Dresden.*

Die chronische Pentosurie, von Luzzatto. (*Rif. med.* 1902. No. 37. III. — *Arch. di farmacol. sperim. etc.* Juli 1902.) Verfasser hebt vor allem hervor, dafs die Pentosurie nichts gemein hat mit dem Diabetes mellitus, wie dies einige behauptet haben; dies geht aus der Thatsache hervor, dafs die Verabreichung von Kohlenhydraten bei Pentosurie das Reduktionsvermögen des Harnes in keiner Weise modifiziere. Während einige Autoren die Pentosurie mit der Ernährung in Zusammenhang bringen wollen, erklären andere, dafs sie mit letzterer nichts zu schaffen hat. Sowohl beim gesunden als beim kranken Individuum bildet sich Pentose beim Stoffwechselprozefs, ganz wie sich Regressionsprodukte bilden. Wo die Quelle der Pentosurie zu suchen ist, läfst sich vorläufig nicht sagen. *C. Müller-Genf.*

Ein Beitrag zur Pentosurie, von F. Kaliski-Breslau. (*Dtsch. med. Wochenschr.* 1902. No. 41.) Behufs Entscheidung der Frage, ob eine Pentose oder eine Dextrose vorliegt, darf man sich nicht mit der Gärungsprobe allein begnügen, sondern man mufs auch zur Diagnose der Pentosurie die Phloroglucinsäureprobe oder die Orceinprobe vornehmen. Besonders geeignet für den Praktiker ist die von Bial vorgeschlagene Modifikation der Orceinprobe (*Dtsch. med. Wochenschr.* No. 15), die sich in wenigen Minuten ausführen läfst. Durch die von K. angegebene Extraktion der lauwarmen Urinlösung mit Äther gewinnt die Reaktion noch ganz besonders an Deutlichkeit. *Bernhard Schulze-Kiel.*

Verschiedenes.

Celsus, von Iwan Bloch-Berlin. (*Handb. d. Gesch. d. Med.* I. Band. Gustav Fischer, Jena. 1902.) Dem hier interessierenden Abschnitt „Dermatologie, Krankheiten der Geschlechts- und Harnorgane" entnehmen wir, dafs Celsus den Haut- und Genitalleiden eine verhältnismäfsig ausführliche Besprechung widmet, dafs aber nirgends die Unklarheit seiner Beschreibungen mehr hervortritt als auf diesem Gebiete, so dafs viele der von ihm geschilderten Dermatosen heute kaum oder gar nicht zu deuten sind. Die rätselhafte „Nachtblatter" (Epinyktis), die nachts an den Extremitäten vorkommt und durch schleimig-serösen Inhalt und heftige Schmerzen ausgezeichnet ist, hält Verfasser nicht, wie Cohn, für Gichtknoten, sondern für die bullöse Form des Erythema multiforme. — Celsus unterscheidet zwei Formen von Kahlheit, die Alopecie und die Ophiasis. Erstere entspricht voll unserer Alopecia areata und Alopecia pityrodes, letztere ist die neuerdings von Sabouraud wieder beobachtete Kahlheit, die meist bei Kindern auftritt, am Hinterkopfe beginnt und in zwei Streifen zu den Ohren, sogar bis zur Stirn zieht.

Was die Geschlechtsleiden betrifft, so beschreibt Celsus die Phimose und Paraphimose, die Zerstörung der Eichel durch phagedänische Schanker, Carcinom und Anthrax des Gliedes, ferner die plastischen Operationen am Präputium; Blennorrhoe, Spermatorrhoe, Hodenentzündung, Dysurie und Retentio urinae werden erwähnt, sehr eingehend sind die Steinleiden und ihre Behandlung (Steinschnitt) behandelt. Von Krankheiten des Afters nennt Celsus spitze Kondylome, Hämorrhoiden, schwammartiges Geschwür, Rhagaden. *A. Loewald-Graudenz.*

Nachdruck ist ohne Genehmigung des Verlegers nicht erlaubt.

Fig. 1.

Fig. 2.

Fig. 3.

Fig. 4.

Fig. 6.

Fig. 5.

Fig. 7.

Fig. 8.

Verlag von Leopold Voss in Hamburg (und Leipzig)

Sachverzeichnis.

Abdominaltyphus und Gangrän der Haut (Barrow) 53.
— und Noma (Sailer) 52.
Ablagerungen im menschlichen Körper (Kittel) 171.
Abscefs, Gonokokkenbefund in einem epididymitischen (Karwowski) 517.
Abscesse, Blennorrhoische (Audry) 10
— infolge gleichzeitiger Jod- und Quecksilberdarreichung (Audry) 392.
Abscefshöhlen, Heilung mit Breiumschlägen (Hutchins) 507.
Abschuppung (Reid) 346.
Acanthosis nigricans (Grosz) 88; (Rille) 89.
Achorion Quinckeanum bei der Maus (Bodin) 340.
Acne und ihre Behandlung (Koehler) 46; (Martin) 161.
— und Herba vidae tricolaris (Behrmann) 244.
— und Sykosis behandelt mit Röntgenstrahlen (Pusey) 119.
— pustulosa (Jones) 47
— rosacea und Fanghi di Sclafani (Fleischl) 48.
Adeno-Carcinom (Sendder) 297.
Addisonsche Krankheit (Bruns) 89; (Lambotte) 515; (Pospelow) 489.
— — Stoffwechsel (Marchetti und Stefanelli) 89.
Adrenalin in der urologischen Praxis (v. Frisch) 588.
Akrodermatitis chron. atrophicans (Herxheimer und Hartmann) 241. 290.
Akrokeratodermia hereditaria et familiaris (Audry und Laguerre) 321.
Akrosarkoma 254.
Aktinomycose (Doepke) 511.
— in der Parotisgegend (Johnson) 55.
Albargin, Behandlung der Blennorrhoe (Poth) 555.
Albuminurie a frigore (Siciliano) 191.
— cyklische (Höger) 161.
— intermittierende bei Scharlachnephritis (Londe) 396.
— orthost. bei der Scharlachnephritis (Aubertin) 395.
Alkaptonurie (Garrod) 191.
Alopecia (Lévy) 321.
— areata (Plonski) 105; (Dufour) 490; Cruyl 490; (Bayet) 491; (Ter-Grigorianz) 495. 496; (Schmidt) 547; (Jacquet) 561; (De Lavarenne) 562.
— Jodkollodiumbehandlung (Toubert) 93.
— totalis mit Nagelatrophie (Leven) 149.
— traumatische (Dufour) 492.
Anämie bei Hautatrophie (Decastello) 90.
Angina (Menzer) 49.
Angiokeratome am Scrotum (Buschke) 541.
Angiome und Carcinome (Gebele) 86.
— der Haut, diagnostische Bedeutung (Rosenbaum) 518.
Anthrax mit Infektion (Wilson) 54.
Antipyrinausschlag 140. 141.
Antistreptokokkenserum bei Erysipel (Gill) 52.
Anurie (Moschkowitz) 587.
— calculose (Rafen und Verrière) 600.
— reflektorische mit epiduralen Injektionen behandelt (Bergouignan) 581.
Area Celsi, traumatische (Bayet) 491.
— Zahntheorie (Chatin) 504.
Argyrie (Nèkám) 123.
Arsenikdermatose (Rille) 391.
Arsenintoxikation (Rosenthal) 431.
Arsonvalisation, Behandlung der Hämorrhoiden mittels (Stembo) 92.
Arsonvalströme, therapeutische Anwendung (Stembo) 351.
Arzneiexantheme, syphilisähnliche (Berliner) 137.

Aureol, Hautaffektionen nach (Wolters) 430.
Atoxyl (Schild) 352.
Atrophia cutis idiopathica (Pismenni) 515.
Aussatz, s. Lepra.
Aussätzige, s. Lepröse.
Ausschläge, postvaccinale (Freemann) 118.
Azoospermie und Impotentia coeundi (Leven) 149.

Bacillurie (Biss) 601.
Bacillus fusiformis und Syphilis (Vincent) 446.
— des weichen Schankers, Immunität der Tiere gegen den (Himmel) 495.
Bacterium coli commune und Dermatitis (Anthony) 299.
Bakterien, Urethralfieber (Bertelsmann und Mau) 193.
— in arterielle Blutbahn injizierte ausgeschieden durch die Niere (Asch) 244. 580.
Bakteriurie der Kinder (Poscharisky) 495.
Balneologie und Dermatologie (Vollmer) 348.
Bartholinitis, Histopathologie (Nobl) 242.
— blennorrhagica (Sorrentino) 552.
— venerische (Nobl) 289.
— und ihre Behandlung (Jullien) 505.
Becquerelstrahlen (Aschkinas und Caspari) 349.
Berichtigung 248; (Schlagintweit) 500.
Blase, Deckzellen im Epithel der (Eggeling) 134.
— als Dynamometer (Ellis) 159.
— Fremdkörper in der (Hartmann) 595. 598; (Ravasini) 593.
— extraperitoneale Zerreifsungen (Jouon) 551.
— intraperitoneale Ruptur (M'Laren) 547.
— Cystisches Papillom der (Zuckerkandl) 438.
— bei Rückenmarkserkrankungen (Hirt) 133.
— Syphilis der (Margulies) 116.
— Curettement der B. bei Cystitis (Parascandolo und Marchese) 135.
— und Urethra, Sphinkter zur Bildung der (Subbotin) 132.
Blasen bei Lichen planus (Whitfield) 108.
Blasenausdehnung (Fuller) 134.
Blasendivertikel (Durrieux) 132.
Blasenhernien (Voiturier) 246.
Blasenkontraktion und Spüldehnung (Robson) 134.
Blasenstein u. Tumorbildung (Rosen) 600.
Blasensteine (Hind) 600.
— eingekapselte (Ratin) 245.
Blasensteinoperationen 400; (Zuckerkandl) 177; (Scannell) 178; (Ballard) 178; (Christovitch) 327; (v. Frisch) 598.
Blasenstörungen bei Syringomyelie (Albarran und Guilain) 596.
— Cerebrali (v. Czylharz) 597.
Blasentuberkulose (Freyer) 135; (Asch) 176.
Blasentumoren, ein neues Instrument zur Abtragung von (Kollmann) 598.
Blasen-Urethralsteine (D'Urso) 178.
Blasenverschlufs im Röntgenbilde (v. Zeissl und Holzknecht) 596.
Blastomykosis der Haut (Buschke) 332; (Meneau) 323; (Kiesel) 489.
Blennorrhoe, Statistik über 1000 Fälle von (Florence) 322.
— bakteriologische Diagnose (Ucke) 196.
— acuta anterior (Calderone) 121.
— chronische (Ravogli) 195.
— und eitrige Epididymitis (Laurent) 202.
— und Prostata (Bierhoff) 200.
— ihr Einfluss auf das Nervensystem (Selenew) 498.
— akute und subakute anterior mit rückläufigen Einspritzungen stärkerer Silberlösungen (Klotz) 286.
— Behandlung (Shanahan) 161; (Kesjakoff 204; (Michaelis) 204; (Scholtz) 204; (Markus) 318; (Goldberg) 203; (Saalfeld) 203.
— — mit Oberländerschen Dilatatoren (Klotz) 285.
— Albargin gegen (Tóth) 555.
— und Gonotoxin (Sobinski) 197.
— Janetsche Methode der Blennorrhoebehandlung (Florence) 322.
— und Ichthargan (Goldberg) 203; (Saalfeld) 203.
— und Protargol (Kesjakoff) 204.
— des Weibes (Killebrew) 196; (Kossmann) 203.
Blennorrhoiker, durch Gonokokken verursachte Eiterung einer Herniotomiewunde bei einem (Guelliol) 117.
Blennorrhoische Abscesse des Penis, Wandungen (Audry) 10. 322.
— Arthritis (Herzfeld) 199.
— Erkrankungen des Nervensystems (Moltschanow) 201.
— Osteopathien (Philippet) 200.
— Polyarthritis (Unger) 198.
— Prostatitis (Tschernow) 499.
— Rheumatismus (Chauffard) 198.
— Strikturen der Harnröhre (Raskai) 244.
Blut, Acidität (Borri) 553.
Blutgefäfssystem, die wichtigsten gewebliehen Bestandteile (Bergh) 336.
Botryomykom (Carrière und Potel) 511.

Botryomykose in Algier (Brault) 56.
Bottinische Operation (Freudenberg) 115; (Walker) 160. 163; (Rafin) 186; (Horwitz) 186; (Kreissl) 608; (Jacoby) 609.
Breslauer Hautklinik (Neisser) 154.
Brief aus Kleinasien (v. Düring) 408.
British medic. Association, 17. Jahresversammlung 377.
Bromausschlag, seltener (Wallhauser) 120.
Bromexanthem 138.
Bromocoll bei Juckreiz (Lanz) 563.
Bromocollum solubile (Joseph) 114.
Bronze-Diabetes (Rabé) 514; (Murri) 515.
Bubonenexstirpation (Isaac) 105.

Cacodylatum hydr.-jod. (Brocq, Civatte und Fraisse) 385.
Calculus in Harnröhre (Jopson) 130.
Cancer oris (Cameron) 85.
Carcinoma (Petersen) 84; (Schütz) 427.
— Aufbau (Petersen) 85.
— rezidivierendes (Ferguson) 87.
— und Angiome (Gebele) 86.
— und Hautveränderungen (Holländer) 513.
— auf einem Naevus am Rücken (Thomson) 494.
— penis (Lee) 592.
Cardoldermatitis (Fornet) 109.
Cavum Retzii, idiopath. Entzündung des Zellgewebes (Hassler) 500.
Celsus (Bloch) 616.
Champignons parasites de l'homme (Bodin) 553.
Chinin, Zwischenfälle (Martinet) 386.
Chininexanthem 139.
Chinosol, Anwendung (Kipp) 353.
Chlorakne (Bornemann) 427.
Chlordermatitis nach Elektrolyse (Fumouse) 391.
Choc en retour 291.
Chromatolysis 270.
Chromatorrhexis 271.
Chromatotexis 271.
Chylurie, Studien über (Slosse) 615.
Collessches Gesetz 291.
Colloidoma miliare 288.
Condyloma acuminatum (Ramazzotti) 121.
Corpora cavernosa, plastische Induration (Rapin) 129; (Galewsky und Hübener) 591.
Cosmetica und Geheimmittel (Lindemann) 408.
Cyanotische Induration Virchows (Buschke) 540.
Cylinder und Cylindroide (Lüthje) 613.
Cylindrom der Haut (Dalous) 323.
Cylindruria, reine bei Gallenstauung (Wallerstein) 614.
Cysticerus cellulosae, multiple Blasen (Sipari) 122.
Cystitis (Negrette) 132; (Chauvet) 160.
— Ätiologie (Goldberg) 13.
— cystica (Zuckerkandl) 433.
— dissecans gangraenosa, Blasenveränderung nach (Stoeckel) 115.
— und Pyelitis (Rosenfeld) 135.
— tuberkulöse (Trombetta) 176.
— Behandlung der tuberkulösen (Bissell) 601.
— Curettement der Blase bei (Parascandolo und Marchese) 135.
— beim Typhus und die Wirkung des Urotropins (Biss) 601.
Cysto-Adeno-Sarkom (Scudder) 297.
Cystoakanthoma corneum (Epithelioma perlaceum) [Piccardi] 329.
Cystoepithelioma corneum (Piccardi) 329.
Cystopexie in der Gynäkologie (Chiaventone) 245.
Cystoskop, Wert (Foote) 126.
— ein neues (Bierhoff) 589.
Cystoskopie, suprapubische (Kraske) 126.
— Wert und Grenzen (Seelig) 125.
Cystoskopische Technik (Schlagintweit) 586.
— — beim Weibe (Bierhoff) 588.

Dampfbäder, russische, derm. Bedeutung (Petersen) 499.
Dauerkatheter, Befestigungsart (Moszkowicz) 127.
Deckzellen im Epithel von Ureter und Harnblase (Eggeling) 134.
Defekte, Korrektur (Henning) 106.
Dermatitis, blastomycetische und protozoische (Gilchrist) 378.
— exfoliativa neonatorum (Ravogli) 41.
— — universalis (Bruce) 41; (Powell) 41.
— follicularis et perifollicularis conglobata (Spitzer) 461.
— herpetiformis (Dubois-Havenith 492.
— verrucosa (Anthony) 299.
— ungewöhnliche im Verlaufe von Typhus (Rolleston und Mercer) 293.
— und das Bacterium coli commune (Anthony) 299.
Dermatologie, Robert Willan und die (Hardaway) 564.
— und Balneologie (Vollmer) 340.
Dermatologische Praxis, Handbuch der (Besnier, Brocq und Jacquet) 557.
— Technik, praktische Winke (Koch) 348.
Dermatomykosis (Freund) 95.
Dermatomyome, multiple (Jamin) 88.

Dermatomyositis (Janowsky und Wysokowicz) 49.
Dermatose an der Nase mit Hyperhidrosis (Herrmann) 157.
Dermographie. Fall von intensiver (Cruyl) 492.
Dermo-histologische Technik (Hoffmann) 337.
Dermo-Lampe, Wirkung der Eisenstrahlen (Below) 349.
Desmoplasie des Epithels und das Bindegewebe (Kromayer) 546.
Dilatator der Harnröhre, neuer (Bastin-Williams) 131.
Diosmal Runge (Fürst) 307.
Diphtherie - Antitoxin, Hautausschläge (Stanley) 386.
Diphtherie, Ausschlag (Little) 296.
Dourine, „Schälkrankheit" (Mouquet) 502.
Dukessche „vierte Krankheit" (Griffith) 396.
Dystrophie papillaire et pigmentaire (Pawlow) 494.
Dystrophien der Pupille, Syphilitische (Marcou) 453.
Dysurie der Prostatiker (Rafin) 186.

Ebertsche Bacillen (Vidal und Lesourd) 154.
Ekzema, seine Geschichte in England (Unna) 294.
— akutes (Michaëlis) 459.
— der Nägel (Dubreuilh und Frèche) 459.
— der Säuglinge (Schwab) 458.
— parasitäres Wesen (Eddowes) 39.
— rubrum des Hundes (Baer) 39.
— seborrhoicum (Bonne) 457.
— septisches (Campana) 40.
— behandelt mit Naftalan (Awerbach) 357.
Ekzembehandlung, Derivate des Formaldehyds bei der (Weljamowitsch) 353.
Effluorium capillorum und Teutonpräparate (Zeckendorf) 38.
Ehe und venerische Krankheiten (Ledermann) 344.
Eiterung, periurethrale, ohne Harnröhrenläsion (Delefosse) 595.
Eiweifs im Harn (Laurent) 190.
Eklampsie, Urinbefund (Cramer) 189.
Elastisches Gewebe, Pathologie (Delbanco) 57.
Elektrolyse und Chlordermatitis (Fumouse) 391.
Elephantiasis der Augenlider (Delbanco) 506.
— Behandlung mit Kalomel (Tripsew) 507.
— erysipelat. der unteren Extremitäten (Stouffs) 506.
Elephantiasis scroti (Blanchard) 56; (Adler) 128.
— in Obersteiermark (Favarger) 56.
— vulvae und Syphilis (Tschlenoff) 448.
Entgegnung an Dr. Delbanco (Pelagatti) 811.
Entzündungen durch Primelgift (Wechselmann) 1.
Enuresis bei weiblichen Kranken (Taylor) 125.
Epidermis, Lebensvorgänge in (Merk) 335.
Epidermoide (Epithelcysten) mit Einschlufs von Fremdkörpern (Wiemann) 514.
Epididymitis, eitrige und Blennorrhoe (Laurent) 202.
Epididymitische Reste, Infektiosität (Löwenheim) 180.
Epispadie (Subbotin) 132.
Epithel und Bindegewebe - Desmoplasie (Kromayer) 546.
Epitheliom der Haut, flaches (Thévenot) 512.
— X-Strahlenbehandlung (Kinnaird) 407.
Epitheliome der Kopfhaut, Gutartige (Dubreuilh und Anché) 323.
Erkrankungsgefahren, eheliche (Cazalis) 584.
Erysipel (Jerusalem) 463.
— abortive Behandlung (Priklonski) 489.
— Behandlung im roten Zimmer (Krukenberg) 505.
— Antistreptokokkenserum - Behandlung (Gill) 51.
— Karbolsäurebehandlung (Fraser) 51.
— gangraenosum und Streptokokkenserumtherapie (Joss) 51.
Erythema exsudativum multiforme (Dubois-Havenith) 492.
— — dolorosum (Duhot) 387.
— — und Iritis (Allan) 49.
— — Kontagiosität (Heim) 49.
— induratum scrophulosorum (Whitfield) 406.
— nodosum (Menzer) 49; (Sners) 510.
— persistens (Méneau und La Bourboule) 165.
— scarlatiniforme desquam. recid. (Kramsztyk) 111.
— tuberculiniformes (Audry) 164.
Erythème induré Basin (Harttung und Alexander) 155.
Erythroderma squamosum (Ravogli) 41.
Erythromelieähnliche Affektionen (Ledermann) 106.
Exstrophia vesicae (Subbotin) 132.

Fall zum Diagnostizieren (Bayet) 491.
Falten und Gesichtsausdruck (Cantrell) 160.
Fanghi di Sclafani für Acne rosacea (Fleischl) 48.

Farbeveränderung der Haare (Weinberg) 516.
Farbstoffchemie, Einführung in (Michaelis) 332.
Favus, generalisierter (Sipari) 51.
— der Maus (Bodin) 340.
Fettfärbung, Theorie der (Michaelis) 339.
Fibroma molluscum (Hartzell) 87; (Buschke) 540.
Filaria sanguinis (Sobotta) 122.
Filzhutfabrikation, Hygiene derselben (Porter) 391.
Finsensche Phototherapie bei Orientbeule (Petersen) 55.
Fissura dolorosa ani, elektr. Behandlung (Zimmern und Laquerrière) 391.
Folliculitis exulcerans serpiginosa nasi (Finger) 48.
Formaldehyd, Derivate bei Ekzembehandlung (Weljamowitsch) 353.
Framboesia (Powell) 53.
Freyersche Methode bei Prostatahypertrophie (Smyth) 612.
Frühbeschneidung, rituelle (Kutna) 590.
Füfse, trophische Störung (Weber) 551.
Furunkulose des Gehörgangs (Vues) 507.

Gänge, accessorische am Penis (Paschkis) 234.
Gangrän der Augenlider (Roger und Weil) 53.
— der Haut und Abdominaltyphus (Barrow) 53.
— periphere bei Phosphorvergiftung (Vollbracht) 392.
— partielle nach Injektion öliger Lösung von Hydrargyrum bijodatum (Pflüger) 238.
Gargarismus der Urethra posterior (Binaghi) 593.
Geheimmittel und Cosmetica (Lindemann) 408.
Geifseln beim Rhinosklerombacillus und die Agglutinationserscheinungen desselben (Pasini) 213.
Geisteskrankheiten und sexuelle Excesse (Hughes) 162.
Gelenkerkrankungen, hereditärsyphilitische 293.
Gelenkrheumatismus (Menzer) 249.
Genitalien, Anomalien der (Roger) 585.
Genitaltuberkulose, Purpura haemorrhagica bei (Gossner) 389.
Gesichtsausdruck und Falten (Cantrell) 160.
Geschlecht, zweifelhaftes (Neugebauer) 585.
Geschlechtskranke, Heilstätte 343.
Geschlechtskrankheiten, deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung (Lesser) 542.
Geschlechtskrankheiten, Verbreitung (Guttstadt) 355.
— Prophylaxe (Michels) 114; (Uhl) 557.
Geschwüre, Behandlung (Beeler) 347.
— Massage (Munter) 504.
Geschwürsbehandlung, neue Methode (Protin) 507.
— mit Kälte (Brandweiner) 508.
Gesellschaft, deutsche, zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 408.
Glossitis, sklerosierende 293.
Glycerinlymphe 402.
Glycogen in der Haut (Bosellini) 288.
Glykosurie und Psoriasis (Piek) 42.
Glykosurien, erzeugt durch Anwendung von Giften (Scherk) 615.
— nicht diabetische (Strauss) 191.
Gonococcus (Sobinski) 197.
— Biologie (Nobl) 198.
— Gonotoxin und Blennorrhoe (Sobinski) 191.
— in Lymphgefäfsen (Dreyer) 110.
Gonokokken, Biologie (Wildbolz) 341.
— durch G. verursachte Eiterung einer Herniotomiewunde (Guelliol) 117.
Gonokokkenbefund, positiver in einem epididymitischen Abscefs (Karwowski) 517.
Gonorrhoe s. Blennorrhoe.
Gonorrhoische s. Blennorrhoische.
Granoplasma, Färbung auf (Unna) 76.
Granuloma annulare (Crocker) 296.
— des Hautgewebes durch Vegetation des Achorion (Truffi) 553.
— hyphomycetisches der Haut (Schamberg) 435.
— trichophytic. Majocchi (Colombini) 432.
Granulosis rubra (Pick) 429.
Guako, Wirkung (Butte) 502. 503.

Haar, Einfluss des Lichtes auf das Wachstum (Schmidt) 547.
Haarbüschel der Epithelzellen (Fuchs) 336.
Haare, Dickenschwankungen (Matsuura) 545.
— Farbeveränderungen (Weinberg) 516.
Haarergrauen durch Erregungszustände (Jones) 92.
Haarmangel, angeborener (Bettmann) 234.
Haarscheiben neben Lagunohaaren (Pinkus) 105.
Haarsystem, unbekannter Nebenapparat am (Pinkus) 316.
Haemangioendothelioma cutis papulosum (Waldheim) 109.
Hämatologie der Syphilis (Dacco) 552.
Haemato-Lymphangioma cyst. superficiale (Mantegazza) 324.

Hämaturie (Cholzow) 320.
Hämaturien, klinisches Bild (Christian) 160.
Hämoglobinurie (Siciliano) 191.
— Verhältnis zu den Nieren (Tauszk) 191.
Hämorrhoiden im Kindesalter (Reinbach) 92.
— Behandlung (Stembo) 92.
Harn, Tuberkelbacillen (Bryson) 437.
— intravesicale Scheidung (Hartmann) 246.
— bei Eklampsie und Urämie (Cramer) 189.
— gerinnselartige Gebilde (Rothschild) 189.
— bei Urogenitalerkrankungen (Seelig) 189.
Harnabsonderung und Syphilis (Patoir) 450.
Harnantiseptika (Sachs) 613.
Harnblase, s. Blase.
Harnentleerung (Seelig) 587.
Harninfektion, urethrogene (Goldberg) 594.
Harninkontinenz, traumatische (Woskressenski) 244.
Harnkonservierung (Varges) 188.
Harn- und Geschlechtskrankheiten, neue Instrumente zur Diagnostik (Feleki) 126.
Harnleiter-Blasen-Reflex (Bazy) 614.
Harnröhre, s. Urethra.
Harnröhrenausflüsse (Seelig) 130.
Harnröhrenschnitt, perinealer und Prostatektomie (Legueu) 436.
Harnröhrenstein (Triplet) 593; (Ameiss) 593.
Harnsäure im Urin, Bestimmung (Ruhemann) 188.
Harnsediment, Färbung (Knapp) 188.
Harnsteine, s. Steine.
Harnsteinkrankheit, geographische Verbreitung (Serguiewsky) 245.
Harnwege, Chirurgie (Browne) 124.
— Wirkung von Salicylpräparaten (Lüthje) 613.
Hautkrankheiten (Mibelli) 554.
— Abdominaltypus und Gangrän der (Barrow) 53.
— Angiome der (Rosenbaum) 513.
— Blastomykosis der (Méneau) 328; (Buschke) 332.
— Cylindrom der (Dalous) 323.
— bei Entzündungen, Restitutio ad integrum der (Vignolo-Lutati) 121. 327.
— flaches Epitheliom der (Thévenot) 512.
— Glykogen in der (Bosellini) 288.
— hyphomycetisches Granuloma der (Schamberg) 435.
— kolloide Degeneration der (Juliusberg) 287.
— Necrosis sicca circumscripta der (Philippson) 328.
Hautkrankheiten, Nekrose der H. in Verbindung mit Zirkulationsstörungen (Galloway) 294.
— Verkalkung (Thimm) 542.
Hautabscesse bei Kindern (Brunier) 54.
Hautaktinomykose des Gesichts (Pourpre) 55.
Hautatrophien und perniciöse Anämie (Decastello) 90.
Hautausschläge nach Diphtherie-Antitoxin (Stanley) 386.
Hautblastomykosis (Montgomery) 119.
Hautdefekte, Heilung der (Elbogen) 348.
Hautentzündung durch Primelarten (Lanz) 390.
Hautfurunkeln, Paranephritis und Pyonephrose (Cohn) 508.
Hautgranulome, Plasmazellen in den (Bosellini) 122.
Hauthorn, Histologie und Pathogenese (Pasini) 553.
Hauthörner (Marcuse) 108.
Hautinfektion, pyogene bei hungernden Tieren (Fiocco) 344.
Hautkrankheiten, Handbuch (Mraček) 167.
— aseptische Methode (Leredde) 346.
— Finsensche Lichtbehandlung (Lesser) 348; (Sack) 349.
— Lymphdrüsenveränderung bei dystrophischen (Montesano) 344.
— nach Aureol (Wolters) 430.
— bei Tieren hervorgerufen durch Strafsenschmutz (Mouquet) 440.
— und Magenstörungen (Butte) 501.
— prurigoartige (Buschke) 541.
— exfoliierende Methode (Leredde) 346.
— Therapie (Carrier) 346.
— und Schwefelwasser (Winkler) 351.
Haut- und Geschlechtskrankheiten (Rille) 334.
Hautkrebs und Röntgenstrahlen (Rinehart) 513.
Hautkrebse, Behandlung mit X-Strahlen (Rinehart) 87.
Hautläsionen, ihre Entstehung durch Arnikatinktur (Desmous) 503.
Hautmilzbrand (Herrmann) 544.
Hautmelanose bei Pankreaserkrankungen (Mager) 90.
Hautpigment bei Menschen und Affen (Adachi) 336.
Hautsarkoide (Gottheil) 435
Hautsarkomatose, primäre (Pini) 242.
— (Pelagatti) 249.
Hauttuberkulose (v. Petersen) 406; (Tomaszewski) 406; (Ravenel) 407.
Hautveränderungen im Gesicht der Hereditärsyphilitiker (Poór) 556.
— und Carcinom (Holländer) 513.
— sklerodermieartige nach Röntenbestrahlung (Salomon) 110.
Hautverpflanzung nach Methode Wolfe-Krause (Gray) 348.

Heilmittel, dermatologische (Jessner) 273.
Heilserum, Vaccine; Kontrolle (Geddings) 408.
Herba vidae tricoloris und Acne vulgaris (Behrmann) 244.
Hermaphroditismus lateralis (Kellner) 128.
Hermophenyl (Martinet) 355; (Bérard) 384.
Hernia cruralis vesicae (Manega) 597.
Herpes tonsurans, s. Trichophytie.
— zoster, s. Zoster.
Herzkrankheiten und Syphilis (Fischer) 447.
Herzsyphilis (Wagner und Kwjaskowski) 448.
Hidradenoma eruptivum (Chatin und Druelle) 321.
Hoden, Dermoidcyste (Morris) 179.
— Descensus (Eccles) 178.
— extraseröse Versetzung (Longuet) 182.
— spontane, hämorrhagische Nekrose des (Mauclaire) 320.
— Transplantation (Mauclaire) 551.
Hodenatrophie, genuine (Leven) 149.
Hodengeschwülste (Scudder) 297.
Hodentuberkulose (Abell) 162.
Homosexualität in Wien (Hirschfeld) 128.
Horngewächs am Augenlid (Audry und Dalous) 321.
Hutchinsonsche Zähne 293.
Hydrargyrum bijodatum und partielle Gangrän (Pflüger) 238.
— lacticum 385.
Hydrocele, Behandlung (Fort) 181. 182; (Glückel) 181; (Longuet) 182.
— bilocularis (Fuchs) 181.
— Instrument zur Diagnostik (Griffith) 436.
— beiderseitige bei Säugling (Wharton) 136.
— ungewöhnliche Erscheinungen (Griffith) 605.
— Radikalkur durch Injektion von Karbolsäure (Coley und Satterwhite) 604.
Hydrocelenflüssigkeit, Kryoskopie (Marchetti) 181.
Hydronephrose (Drisne) 116. 244.
Hyperhidrosis und Dermatose an der Nase (Herrmann) 157.
Hyperkeratosis circumscripta (Audry und Dalous) 322.
— diffusa congenita (Haus) 142.
— lacun. pharyngis (Arzberger) 462.
Hyperplasie lymphadenoiden Gewebes (Buschke) 541.
Hypertrichosis, Röntgenbestrahlung (Startin) 124.
Hypospadie, hochgradige (Anschütz) 129.
Hysterie und sekundäre Syphilis (Malherbe) 321.
Jahrbuch, ärztliches (Grolman) 584.
Janetsche Spülungen, Technik (Lohnstein) 116.
Ichthargan und Blennorrhoe (Saalfeld) 203.
Ichthyosis congenita (Haus) 42.
Impetigo contagiosa bullosa (Pernet) 46.
Impfkomplikation, seltene (Reinhardt) 401.
Impfung, s. Vaccination.
Impotentia coeundi und Azoospermie (Leven) 149.
Impotenz (d'Amato) 601; (Amit) 602.
— und traumatische Prostatitis (Lohnstein) 183.
Incisio suprapubica (Bernays) 185.
Indigourie (McPhedran und Godlie) 192.
Induration, cyanotische (Buschke) 540.
Infantilismus 293.
Infektionskrankheiten, Ätiologie (Menzer) 49.
Infiltrat, nicht blennorrhoisches der Pars cavernosa urethrae (Tschernow) 499.
Initialsklerose am Thorax (Rowlands) 55.
— an der Wangenschleimhaut (Böhm) 243.
Internationale Konferenz in Brüssel (Blaschko) 541.
Ischurie, Radikalbehandlung (Negretto) 186.
Jodexanthem 143. 144.
Jodipin (Feibes) 113; (Holzhauser) 168.
Jod- und Quecksilberpräparate, gleichzeitige Darreichung (Lesser) 157.
Jodtumoren 145.
Justussche Probe (Tucker) 447; (Huger) 447.

Kahlheit, Beobachtungen (Martin) 160.
Kaliätzung, Histologisches (Rasch) 261.
Kalomelinjektionen, tödliche Quecksilbervergiftung 385.
— beim Lupus (Asselbergs) 444.
Katheterdesinfektion (Hock) 589.
Katheterismus und Harnröhrenspülung (Hartmann) 595.
Katheterisieren, plötzlicher Exitus letalis (Peile) 595.
Kathetersterilisation, Studie (Nanivede und Hutchings) 127.
— (Goldberg) 500.
Kauter bei Prostataoperationen (Wishard) 297.
Kauterisation gegen Prostataobstruktion (Wishard) 161.
Keloid, Pathogenese und Therapie (Goldmann) 88.
Keratitis, interstitielle 293.
Keratoma palm. et plant. heredit. (Loewy) 114; (Pasini) 328; (Ohmann-Dumesnil) 462.

Keratosis nigricans (Grosz) 88.
— pilaris (Thomson) 494.
— präcarcinomatöse, durch X-Strahlen (Johnston) 86.
— universalis congenita (Neumann) 286.
Knochensyphilis und Radiographie (Pospelow) 499.
Knorpel, Zur Histologie des elastischen (Rasch) 565.
Kerion (Truffi) 553.
Kollagen, eine neue Färbungsmethode für (Marullo) 578.
Kolloide Degeneration der Haut speziell im Granulations- und Narbengewebe (Juliusberg) 287.
Korrigens bei Quecksilber- und Jodinjektionen (Bretonneau) 502.
Kosmetik, praktische (Eichhoff) 583.
Krätze, s. Scabies.
Kraurosis und Ulcus rodens vulvae (Kreis) 195.
Krebs, Entstehung (Schülles) 83.
— als Infektionskrankheit (Schleich)513.
Krebssymptom, wenig bekanntes (Leser) 85.
Kryoskopie der Hydroceleflüssigkeit (Marchetti) 181.

Längsnarben, strichförmige (Rosenthal) 105.
Larvenentwicklung, subcutane, beim Menschen (Topsent) 96.
Lepra (Mahmoud) 404; (Sauton) 404; (Verrotti) 404; (Uhlenhut und Westphal) 405; (Sand) 581.
— Ätiologie und Prophylaxe (Fürst) 585; (Parazkevas) 559.
— Veränderungen des Blutes (Smirjagin) 497.
— in Neu-Süd-Wales (Thompson) 403.
— im St. Petersburger Gouvernement 403.
— im Rigaschen Leprosorium (Hirschberg) 432.
— in der Schweiz (Bühler) 300.
— der oberen Luftwege (Gerber) 585.
— und Keratodermie (Pernet) 582.
— und Syringomyelie (De Brün) 404.
— mit anscheinendem Heilerfolg (Bayet) 494.
Lepraasyl „Jesus-Hilfe“ in Jerusalem 403.
Leprabacillen, Verbreitung (Gerber) 585.
Lepragefahren (Kermorgant) 582.
Lepraherd in den Seealpen (Boinet und Ehlers) 581.
Leprösengesetzgebung, internationale (Ashmead) 403.
Leprösen-Sanatorium in den Vogesen (Sauton) 581.
Lenkämide (Audry) 163.
Leukoplakia buccalis (Lieven) 43.
Leukotaxis 280.
Lichen ruber (Heller) 153.
— — acuminatus (Blaschko) 152.
— — monileformis (Gunsett) 108.
— — planus (Buschke) 540.
— — — Anfangsstadium (Pinkus) 107.
— — — Blasen (Whitfield) 118.
— — — strichförmiger (Bruhns) 541.
— — — vesiculöse und bullöse Affektion bei (Allen) 297.
— scrophulosorum (Blaschko) 152.
Lichtbehandlung, histologische Veränderungen (Mac Leod) 379.
— von Hautaffektionen nach der Finsenschen Methode (Lesser) 348; (Sack) 349.
— des Lupus 153.
— Orientbeule und die Finsensche (Petersen) 55.
Lichtheilmethode, Apparate (François) 493.
Lithotripsie (Goldberg) 177.
Littrésche Schleimdrüsen (Fick) 319.
Lues, s. Syphilis.
Luetisch, s. Syphilitisch.
Lupus erythematosus, s. Ulerythema centrifugum.
— vulgaris (Bogrow) 489.
— Schleimhauterkrankungen (Hollaender) 405.
— Nasenplastiken (Hollaender) 405.
— X-Strahlenbehandlung (Kinnaird) 407; (Duhot) 490.
— und Kalium permanganicum (Hallopeau) 440.
— und Lichtbehandlung (Pilnoff) 441; (Leredde) 442; (De Courmelles) 442; (Kattenbracker) 443; (Bellini) 443.
— Kalomelinjektionen beim (Asselbergs) 444.
— Resorcinbehandlung (Joseph) 443.
Lymphangiektasien des Mundes (Chompret und De Névrezé) 91.
— des Penis und Scrotums (Duhot) 490.
Lymphangiom der Wangenschleimhaut (Bruhns) 541.
Lymphdrüsen bei Tuberkulose und venerischen Erkrankungen (Verchère) 438.
— bei tuberkulösen und syphilitischen Infektionen (Jullien) 345.
Lymphdrüsenveränderung bei dystrophischen Dermopathien (Montesano) 344.
Lymphocyten, Granula in (Michaelis und Wolff) 339
Lymphomenklomplex, bautischer (Hocke) 453.

Magenstörungen und Hautkrankheiten (Butte) 501.
Malum perforans pedis (Tomaszewski) 393.

Masern, s. Morbilli.
Masernbacillus (v. Niessen) 239.
Massage, Wirkung der M. auf die Haut (Locatelli und Fiocco) 122.
Masturbation (Bohleder) 34.
— und Geisteskrankheiten (Hughes) 162.
Mastzellen (Michaelis) 337; (Wolff) 337; (Levaditi) 338.
Medico-historisches Kabinet 204.
Melanodermien bei Pediculosis corporis (Fabre) 563.
Merkurkolloid (Werler) 384. 385.
Migräninausschlag 142.
Mikroskopische Technik für Dermatologie (Ledermann und Blanck) 113. 319. 433.
Mikrosporie, Untersuchungsresultate (Vaillemin) 45.
Milzbrandödem, malignes (Smith und Mudd) 55.
Morbilli, Nekrose des Unterkiefers nach (Wharton) 136.
— und Schule (Cuylits) 396.
Muskelsyphilis im Frühstadium (Matzenauer) 465. 523.
Myiasis externa dermatosa (Balzer und Schimpff) 583.
Mykosis fungoides (Breakey) 299.
— der Tonsille und Zungenbasis (Griffin) 44.
Myomektomie (Bernays) 160. 185.
Myxödem bei Mutter und Kind (Mac Ilwaine) 516.
Myxosarkom 297.

Nägel, Losewerden (Dubreuilh und Frèche) 562.
Naevi, Zellhaufen (Abesser) 564.
Naevus verrucosus mit Pigmentanomalien (Taylor) 123.
Naevuscarcinom (Thomson) 494.
Naevusstudien (Möller) 426. 549.
Naftalanbehandlung des Ekzems (Awerbach) 357.
Nagelatrophie und Alopecia areata totalis (Leven) 149.
Nanismus 293.
Nasenverkleinerungen, operative (Joseph) 564.
Natron, kakodylsaures (Mendel) 353.
Nebenhoden, Entzündungsherde (Laguen) 604.
Nebenhodentuberkulose, umstimmende Injektionen (Bohdanowicz) 246.
Necrosis sicca circumscripta der Haut (Philippson) 328.
Nekrologe für Hans v. Hebra (Ullmann) 107.
— für Moritz Kaposi (Spiegler) 107.
— für Adolf Jarisch (Merk) 107.
Nekrose der Haut in Verbindung mit Zirkulationsstörungen (Galloway) 294.
— des Hodens, spontane hämorrhagische (Mauclaire) 526.
— des Unterkiefers nach Masern (Wharton) 136.
Nephritis und Röntgenstrahlen (Leonard) 194.
Nephrolitiasis (Dsirne) 116. 244.
Nervenkrankheiten und Syphilis (Wolff) 451.
Neurofibromatosis, Fall von (Karwowski) 409.
Nierenentzündungen, operatives Eingreifen (Pousson) 245.
Nierengumma (Erdheim) 449.
Noma, Ätiologie (Trambusti) 52.
— und Abdominaltyphus (Sailer) 52.
— und Nosocomialgangrän (Matzenauer) 236.
Noma-Epidemie (Mac Farlane) 52.

Oberstsche Methode bei Penisoperation (Sellei und Farkas) 591.
Oberländische Dilatatoren bei chronischer Gonorrhoe (Klotz) 285.
Ödem, akutes, umschriebenes (Rad) 388.
— segmentartiges (Debove) 389.
Oedema scroti und penis (Isaac) 105.
Ohrekzem (Hallopeau) 40.
Onychoschisis lamellina (Wechselmann) 233.
Orbita, Syphilis der (Goldzieher) 557.
Orchitis, akute (Hind) 603.
— infektiöse (Dorland) 179.
— der Prostatiker (Desnos und Minet) 436.
Orientbeule und Finsensche Phototherapie (Petersen) 55.
Orthoformausschläge (Dubreuilh) 353.
Oxalurie (Klemperer) 192.
— Behandlungsweise (Rosin) 615.

Pagets disease (Matzenauer) 205; (Dubois-Havenith) 493; (Swolfs) 512.
Pankreaserkrankungen und Hautmelanose (Mager) 90.
Papeln (Blaschko) 541.
Papillom, cystisches der Harnblase (Zuckerkandl) 443.
— der Harnröhre (Karvonen) 243.
Parakeratosis variegata (Méneau) 321.
Paranephritis und Pyonephrose nach Hautfurunkeln (Cahn) 508.
Parasyphilis 240. 292.
Parapsoriasis (Brocq) 322.
Parasitologie, mittelniederdeutsche (Oefele) 95.
— prähistorische (Oefele) 95.

Parrotsche Pseudoparalysen (Scherer) 112.
Pathologie und Therapie, Handbuch der (De Giovanni) 554.
Pediculi capitis (Pernet) 46.
Pediculosis corporis, Melanodermien bei (Fabre) 563.
Pemphigus (Coffin) 461.
— der Conjunctiva (Coppez) 493.
— der Schleimhaut (Gugenheim) 47.
— foliaceus (Grouven) 47.
— syphiliticus adultorum (Lebedew) 495.
— vegetans (Jamieson und Welsh) 295; (Samberger) 509.
Pellagra (Galli) 387; (Felix) 387.
— Toxicität des Blutserums (Antonini und Mariani) 113.
Pende, Geschwür von (Morochowzeff) 106.
Penis, accessorische Gänge (Paschkis) 234.
— in einer Feilenzwinge (Sudhoff) 128.
— tuberkulöse Erkrankung (Halász) 129.
— und Scrotum, Lymphangiectasien des (Duhot) 490.
— — Oedema (Isaac) 105.
— — Phlegmone des (Wharton) 136.
Penisoperation und die Oberstesche Methode (Sellei und Farkas) 591.
Pentosurie, Beitrag (Kaliski) 616.
— chronische (Luzzatto) 616.
Perifolliculitis (Szabóky) 556.
Periostose, ossifizierende syphil. (Dekeyser) 494.
Peruol, ein neues Antiscabiosum (Szabóky) 556.
Phimosis, Komplikationen (Griffith) 590.
— Behandlung (Wenzel) 129; (Orlipski) 589.
Phlegmone des Penis und Scrotums (Wharton) 136.
Phosphat- und Karbonatablagerung im Hautgewebe (Wildbolz) 345.
Phototherapie in der Dermatologie (Chatin und Druelle) 380.
Pian-bois (Darier und Christmas) 510.
Piedra, autochthoner Fall (De Magalhães) 123.
Pigmentanomalien, Naevus verrucosus mit (Taylor) 123.
Pigmentausscheidung beim Bronze-Diabetes (Rabé) 514.
Pigmentbakterien, Einfluſs von Farbenveränderungen (Oliver) 342.
Pigmenthypertrophien und perniciöse Anämie (Decastello) 90.
Pityriasis rubra-Hebra (Dufour) 490; (Tschlenow) 495. 496.
— — pilaris (Heller) 153.
— versicolor, Beiträge zur Histologie (Hlateky) 555.
Plattenepithelkrebse, Gewebliche Einschlüsse in (Zieler) 425. 548.
Plasmazellen (Himmel) 497. 498.
Plasmazellen in den Hautgranulomen (Bosellini) 122. 328.
Plasmazellenfrage (Pappenheim) 329.
Pocken, s. Variola.
Pollakiurie, nächtliche (Bazy) 613.
Polydipsie und sekundäre Syphilis (Malherbe) 321.
Polyneuritis, tertiärsyphilitische (Dekeyser) 494.
Pratique dermatologique (Besnier, Brocq und Jacquet) 557.
Primäraffekt, seltene Lokalisation eines syphilitischen (Arnheim) 282.
Primelgift 1.
Primula obconica als Krankheitsursache (Dreyer) 390.
Profetasches Gesetz (Glück) 445.
Prostata, Abscefs (Loumeau) 183.
— — aus unbekannter Ursache (Schloth) 244.
— Atrophie der hypertrophischen nach Bloſslegung der Drüse (Jabóulay) 609.
— Digitalkompression (Guépin) 606.
— endourethrale, kaustische Excision (Schlagintweit) 499.
— Kauterisation (Negretto) 186.
— Kongestion (Moulton) 160.
— Krankheiten (Strauss) 186.
— Totalexstirpation (Freyer) 187.
— Vergröſserung (Bernays) 160.
— und Blennorrhoe (Bierhoff) 200.
Prostataadenom, Enukleation (Barnard) 183.
— operative Entfernung (Thomson) 606.
Prostatahypertrophie (Walker) 160; (Bernays) 185; (Desnos) 185; (Negretto) 186; (Roth) 187; (Albarran und Motz) 825.
— Behandlung (Lewin) 298; (Freudenberg) 607; (Kreissl) 608; (Jacoby) 609; (Wishard) 609; (Moullin) 610; (Chetwood) 611; (Albarran) 611; (Smyth) 612; (Freyer) 612.
— und Prostatektomie (Verhoogen) 500.
Prostataobstruktion, Beseitigung (Wishard) 161. 297.
Prostatasekret, Reaktion bei chronischer Prostatitis (Pezzoli) 605; (Lohnstein) 608.
Prostatasteine, Behandlung (Tarnaud) 183.
Prostatectomia suprapubica (McRae) 612; (Proust) 612.
Prostatektomie (Bernays) 160; (Bryson) 187.
— und perinealer Harnröhrenschnitt (Lagueu) 436.
— bei Hypertrophie der Vorsteherdrüse (Verhoogen) 500.
Prostatektomie Forceps (Guiteras) 613.
Prostatiker, Orchitis der (Desnos und Minet) 436.

Prostatitis, die blennorrhoische (Tschernow) 499.
— traumatische und Impotenz (Lohnstein) 183.
Prostatismus, verkannter (Desnos) 184.
Protargol und Blennorrhoe (Kessakoff) 204.
Prurigo diathésique de Besnier (Hodara) 380.
Prurigoartige Hauterkrankungen (Buschke) 541.
Pruritus ani (Leredde) 94.
— senilis linguae (Baumgarten) 95.
— vulvae (Leredde) 94.
— Bromocoll bei (Lanz) 563.
Pseudo-Xanthoma elasticum 288.
Psoriasis (Morris) 379.
— rupioides (Rolleston und Mercer) 293.
— Sepsiserscheinungen (Barmhello) 459.
— nach Impfung (Weinstein) 459.
— durch Tätowierung (Bettmann) 42.
— und Glykosurie (Piek) 42.
— und Syphilis (Audry) 164; (Chatin und Druelle) 164.
— Behandlung (Bernard) 42; (Morgenstern) 460.
Psoriasiseruption (Gerson) 153.
Purpura haemorrhagica bei Genitaltuberkulose (Gossner) 389.
— métamérique minutissima (Roger) 389.
Pyelitis und Cystitis (Rosenfeld) 185.
Pyodermitis serpig. linearis (Dubreuilh) 580.
Pyonephrose (Dsirne) 116. 244.
Pyrogallolvergiftung (Rusch) 353.

Quecksilber, Einwirkung durch Verdunstung 354.
Quecksilber, Aktion auf syphil. Gewebe (Pollio) 158; (Kassai) 548.
Quecksilberbehandlung und Syphilis (Brissaud und Marie) 452; (Fournier) 456.
Quecksilberbenzoat, Injektionen (Desesquelle) 440.
Quecksilbereinspritzungen (Jullien) 381.
— Intravenöse bei Behandlung der Syphilis (Desmous) 438.
Quecksilber- und Jodpräparate, gleichzeitige Darreichung (Lesser) 157.
Quecksilbersuccinimid, Injektionen (Horovitz) 456.
Quecksilber-Vasogensalbe, therapeutischer Effekt (Goldmann) 301.
Quecksilbervergiftung, mit tödlichem Ausgange (Neubeck) 316.
— durch Kalomelinjektionen 385.
Quecksilberzittern (Erben) 354.

Radiographie und Knochensyphilis (Pospelow) 499.
Raynaudsche Krankheit (Hollstein) 152; (Cummins) 386.
Reale, offener Brief an (Truffi) 329.
Reconvalescentenserum bei Scarlatina (von Leyden) 396.
Reinfectio syphilitica (Ustinow) 488.
Resorbin (Ledermann) 350.
Resorcinbehandlung des Lupus vulgaris und der Tuberculosis verrucosa cutis (Joseph) 443.
Rhinophyma (Rusch) 509.
Rhinosklerom (Mantegazza) 509.
Rhinosklerombacillen und das Vorkommen von Geißeln (Pasini) 213.
Ringworm-Schule in London 45.
Röntgenstrahlen, Lupus erythematosus geheilt mit (Woods) 93.
— Präcarcinomatöse Keratosis hervorgerufen durch (Johnston) 86.
— Sykosis non parasitaria behandelt mit (Rinehart) 87.
— bei Ulcus rodens (Levack) 87.
— und Urethritis calculosa (Leonard) 194.
Röntgentherapie, gegenwärtiger Stand (Schiff) 350; (Pusey) 350; (Sjögren und Sederholm) 350; (Grouven) 351; (Hahn) 351.
Roseolenuntersuchung auf Typhusbacillen (Seemann) 387.
Rubeola und „die vierte Krankheit" (Griffith) 396.
Rückenmarkserkrankung und Syphilis (Bradshaw) 36.
Rundzellensarkom 297.

Salipyrinausschlag 142. 143.
Samenbläschen, Excision (Hodgson) 182.
Sarcoma, Entstehung (Schüller) 83.
— idiopathicum multiplex pigmentosum cutis (Bernhardt) 548.
Sarcoptesinvasion (Tschuschner) 563.
Sauton, Kritik und Antikritik (Glück) 582.
Scabies, Behandlung (Balmelle) 46.
— Peruol gegen (Szabó,ky) 556.
Scarlatina, atypische (Pleasants) 396.
— seltene Symptome (Crandall) 393.
— Erkrankungen der oberen Verdauungswege (Fraenkel) 394.
— behandelt mit Rekonvalescentenserum (von Leyden) 396.
Schanker, harter, s. Initialsklerose.
— weicher, s. Ulcus molle.
Scharlach, s. Scarlatina.
Scharlachnephritis und Albuminuria orthostatica (Aubertin) 395.
— und intermittierende Albuminurie (Londe) 396.

Schleichs Methoden und Präparate, Kommentar (Wittkowski) 347.
Schleimhautgänge, präputiale (Fick) 319.
Schwarze Zunge (Reinecke) 44.
Schweifsfufs, Beseitigung mit Tannoform (Grumme) 35.
Schwefelbäder und Schmierkur (Winckler) 455.
Schwefelhaltige Quellen gegen Syphilis (Vidal) 583.
Schwefelwasser und Hautkrankheiten (Winckler) 351.
Scrotum und Penis, Lymphangiectasien des (Duhot) 490.
— Angiokeratome am (Buschke) 541.
— Wiederersatz (Guiteras) 120.
Seborrhoe und Teutonpräparate (Zeckendorf) 38.
— Veränderungen (Audry und Dalous) 163.
Sehnervenentzündung, akute als eine der ersten Erscheinungen sekundärer Lues (Grosglik und Weissberg) 228.
Seifen, desinfizierende (Tonzig) 348.
Sekretuntersuchungen bei den Prostituierten in Dorpat (Stromberg) 496. 497.
Serotaxis 273. 274. 280.
Sexuelle Excesse und Geisteskrankheiten (Hughes) 162.
— Krankheiten (Loeb) 315.
Sexuelles Leben der alten Kulturvölker (Müller) 175.
— — der Naturvölker (Müller) 174.
Silberlösungen, stärkere gegen akute und subakute Blennorrhoe anterior (Klotz) 236.
Sklerema cutis simplex (Rahr) 488.
Sklerodaktylie (Sachs) 94.
Sklerodermie (Bruhns) 542.
— diffuse (Pusinelli 94; (De Renzi) 94.
— multiple circumscripte (Warde) 419.
— und Sklerodaktylie (Sachs) 94.
Sklerodermieartige Hautveränderungen nach Röntgenbestrahlung (Salomon) 110.
Skorbut (Thomas und Morel) 389.
Sondermassage 243.
Spermatocystitis chronica atrox mit Streptokokken (Duhot) 603.
Spermatorrhoe, idiopathische (Sowinsky) 495.
Spermolyse, Tatsachen und Theorien 608.
Sphinkter zur Bildung der Harnblase und Harnröhre (Subbotin) 132.
Spickmethode (Richter) 81.
Statistik über 1077 Blennorrhoen (Florence) 322.
Steine der Blase (Miclescu) 177.
Steinkrankheit, Verbreitung (Serguiensky) 117.
Sterilisationsapparat für die urologische Sprechstunde (Goldschmidt) 501.
Sterilität beim Manne (Blech) 180.
— chirurgische Behandlung (Martin, Carnett, Levi und Pennington) 602.
Stigmates dystrophiques 292.
Stomatitis gangraenosa (Fischer) 568.
Strafsenschmutz und Hautaffektionen bei Tieren (Mouquet) 440.
Streptokokkenserumtherapie bei Erysipel gangr. (Joss) 51.
Strichförmige Erkrankungen (Bertamini) 426.
Stricturа pharyngis syphilitica (Welander) 243.
— impermeable, traumatische (Williams) 591.
— organische (Orendorf) 102.
— Behandlung mittels Elektrolyse (Cholzow) 593. 594; (Koehler) 594.
Ströme von hoher Spannung in der Dermatologie (Lebon) 438.
Stypticin (Kaufmann) 97.
Sykosis (Balzer) 461.
— und Akne behandelt mit Röntgenstrahlen (Pusey) 119.
— non parasitaria, Behandlung mit X-Strahlen (Rinehart) 87.
Syphilis, Handbuch (Berdal) 171.
— Bacillen (Joseph und Piorkowski) 446; (Neuhaus) 454; (v. Niessen) 341.
— und Bacillus fusiformis (Vincent) 446.
— Hämatologie der (Dacco) 552.
— Justussche Probe (Tucker) 447; (Huger) 447.
— pathologische Anatomie der Primärperiode (Omelschenko) 496.
— ohne Primäraffekt (Léculier) 444.
— extragenitale (Gouladze) 430; (Ivanyi) 445; (De la Roche) 445.
— Faktoren der Schwere (Marcou) 445.
— Heilbarkeit (Gottheil) 36; (Tarnowsky) 36.
— Ernährungszustand (Kerley) 454.
— Harnabsonderung (Patoir) 450.
— langdauernde, zweite Inkubationszeit (Napp) 429.
— sekundäre und akute Sehnervenentzündung (Grosglik und Weissberg) 228.
— der Orbita (Goldzieher) 557.
— impetiginosa generalisata praecox (Bock) 450.
— Elephantiasis vulvae (Tschlenoff) 448.
— der Blase (Margulies) 116.
— tertiäre (Dufour) 492.
— Herzkrankheiten (Fischer) 447; (Wagner und Kwjaskowski) 448.
— der Leber (Mannaberg) 449.
— der Knochen und Radiographie (Pospelow) 499.
— des Mastdarms und der Aftergegend (Hawkins) 449.

Syphilis, Muskelsyphilis im Frühstadium der (Matzenauer) 523.
— Nervenkrankheiten (Wolff) 451.
— des Nervensystems (McCarthy) 35.
— Tabes (Erb) 452.
— und Tabes 240.
— sekundäre mit Hysterie, Polydipsie, Polyurie (Malherbe) 321.
— des Pharynx (Du Castel) 449.
— und Psoriasis (Chatin und Druelle) 164; (Audry) 164.
— und Rückenmarkserkrankung (Bradshaw) 136.
— und syphilisähnliche Arzneiexantheme (Berliner) 137.
Syphilisbehandlung (Lydston) 37, (Greene) 38; (Busch) 37; (Daubresse) 455.
— Unterstützungskur (d'Amato) 583.
— der schweren Formen (Leredde) 218;
— Quecksilberbehandlung (Brissaud und Marie) 452; (Desmous) 438; (Fournier) 456.
— Schmierkur und Schwefelkur (Winckler) 455.
— mit Hg-Benzoat (Desesquelle) 501. 503.
— Hydrargyrum lacticum (Gaucher, Lextrait und Gandillon) 457.
Syphilis hereditaria, Hautveränderungen im Gesicht bei (Poór) 556.
— — tarda mutil. des Gesichts (Audry und Bauhy) 164.
— endemische und hereditäre (von Düring) 239. 291.
— kongenitale (Bayet) 493.
— hereditäre und Dystrophie der Zähne (Poór) 481.
Syphilitische Dünndarmstenose (Rosenfeld) 449.
— Dystrophien der Pupille (Marcou) 453.
— Familie und ihre Descendenz (Tarnowsky) 496. 497. 499.
— Gewebe, Aktion des Quecksilbers auf das (Kassai) 548.
— Gumma (Dieulafoy) 450. 451.
— Paraplegie (Marie) 453.
— Pemphigus adultorum (Lebedew) 495.
— Periostitis (Rotky) 449.
— ossifizierende Periostose (Dekeyser) 494.
— Polyneuritis (Dekeyser) 494.
— Reinfektion (Ustinow) 488.
— Striktur des Pharynx (Welander) 243.
Syringomyelie (Dekeyser) 490. 494.

Tabes und Syphilis (Erb) 452.
— Vitiligo bei 516.
Tätowierungen bei Frauenzimmern (Bergh) 370.
— Psoriasis vulgaris durch (Bettmann) 42.
Tannoform gegen Schweifsfüfse (Grumme) 95.
Tertiarismus d'emblée 291.
Teutonpräparate bei Seborrhoe und Effluorium capillorum (Zeckendorf) 38.
Thiosinamin, Wirkung (Teleky) 88.
Thyreoditis nach Jodkaliumgebrauch (Sellei) 430.
Tierkrätze (Bruhns) 542.
Tinea Mikrosporon der Katze (Roberts) 379.
Trichomonas vaginalis (Baatz) 320.
Trichophytie (Jeanselme) 462.
— Untersuchungsresultate (Hügel) 45.
Trichophytien im Krankenhause zu Gand (Minne) 492.
Trichophytin, Platos Versuche (Neisser) 156.
Trichophyton-Infektionen (Busch) 44.
Trichophytonpilze, feinere Wachstumsvorgänge (Plato und Guth) 340.
Trichorrhexis nodosa und ihre Ätiologie (Dekeyser) 492.
Trichosporum und Trichosporien (Vuillemin) 45.
Tripper, s. Blennorrhoe.
Tripperrheumatismus (Westervelt) 163.
Trockene Lymphe 402.
Truffi, offener Brief an (Reale) 122.
Tuberkel, Histogenese (Pappenheim) 329.
Tuberkelbacillen im Urin (Bryson) 437.
Tuberkelriesenzellen, Einschlüsse (Sprecher) 389.
Tuberkulide (Boeck) 441.
Tuberkulin-Injektionen, Bedeutung der Reaktionszone (Klingmüller) 158.
Tuberkulose und Licht (De Courmelles) 442.
Tuberkulosefrage, Beiträge (Heller) 407.
Tuberculosis verrucosa cutis, Resorcinbehandlung (Joseph) 443.
Tumoren, multiple sessile der grofsen Schamlippen (Burgio) 194.
Typhus und Dermatitis (Rolleston und Mercer) 293.
Typhusbakteriurie und Urotropin (Fuchs) 193.

Ulceröse Neubildungen der Zunge und Mundschleimhaut (Lenglet) 511.
Ulcus durum am Innenwinkel der Augenlider (Gibert) 502.
— molle, Immunität der Tiere gegen den Bacillus des (Himmel) 495.
— — des Augenlides (Foster) 508.
— — serpiginosum (Róna) 48.
— rodens der Nase und der Augenlider (Taylor) 513.
— — vulvae (Kreis) 195.
— — Behandlung mit X-Strahlen (Levack) 87.

Ulcus rodens und Lupus (Duhot) 87.
Ulerythema centrifugum (Holländer) 105; (Sequeira und Balean) 379.
— — discoides (Breda) 554.
— — und hypertrophische Rhinitis (Warde) 380.
— — Heilung durch Röntgenstrahlenbehandlung (Woods) 93.
Umsetzungen zwischen Eiweifskörpern und Anilinfarben, chemische (Heidenhain) 383.
Unterschenkelgeschwüre, ambulante Behandlung (Jessner) 33.
Ureter, Deckzellen im Epithel des (Eggeling) 134.
Ureteren-Katheterisierung (Nietert) 194.
Ureteritis, tuberkulöse (Trombetta) 176.
Urethra, chronischer Ausfluſs (Christian) 595.
— Calculus in der (Jopson) 130.
— Dilatator (Bastin-Williams) 131.
— Fremdkörper in der (Posner) 593; (Ravasini) 593; (Hartmann) 130. 595. 598.
— Papillome (Karvonen) 243.
Urethralfieber durch Bakterien (Bertelsmann und Mau) 193.
Urethralnaht, immediate (Jaja) 526.
Urethralsekret, vitale Färbung (Bibergeil) 547.
Urethrektomie und Urethroraphie mit Fistelbildung (Bastin-Williams) 591.
Urethritis calculosa und Röntgenstrahlen (Leonard) 194.
— chronische, nicht blennorrhoische (Reichmann) 595.
— neurasthenische (Thompson) 131.
— ohne bekannte Ätiologie (Wolff) 115.
Urethroskop, modernes (Otis) 125.
— Prüfung des (Cohn) 501.
Urethrotomie, innere und äuſsere (Harrison) 131.
Urin, s. Harn.
Urininfiltration (English) 191.
Urininkontinenz (Subbotin) 132.
Urinverhaltung (Johnston) 189.
Urobilinurie (Siciliano) 101.
Urotropin bei Typhusbakteriurie (Fuchs) 193; (Good) 188.
Urticaria infolge pyogener Mikroorganismen (Campana) 40.
— nach Vogelmilbe (Heinicke) 96.

Vaccination (Campbell) 401; (Eddowes) 401; (Wood) 402; (Kohn) 402.
— Technik 402.
— Psoriasis nach der (Weinstein) 459.
Vaccinia generalisata (Freemann) 401.
Varicellen (Cerf) 397; (Doty) 397.
Varicen, chirurgische Behandlung 92.
Varicocele (Longuet) 182.
Variola (Roger und Weill) 398; (Roger) 397. 399; (Matoni und Solari) 399; (Corlett) 400; (Sanfelice und Malato) 543.
— Behandlung mit Bierhefe (Piétri) 400.
— fötale, ohne Variola der Mutter (Jacontini) 399.
Vas epididymis, Haarbüschel der Epithelzellen (Fuchs) 336.
Vasa deferentia, Durchtrennung (Sharp) 182.
Veld-Wunde (Guise-Moores) 50.
Venerische Krankheiten, Lehrbuch (von Zeissl) 333.
— — Herkunft (Audry) 323.
— — Belehrungen des Publikums über (Lassar) 433; (Begg) 464.
— — unter den Studenten, Statistik (Favre) 499.
— — in unseren Kolonien (Shelby) 159.
— — in den warmen Ländern (Scheube) 382.
— — Lymphdrüsen bei (Verchère) 438.
— — und ihre Bekämpfung 479.
— — Prophylaxe (Morrow) 342.
— — und Ehe (Lesser) 343.
Verbrennungen, radiographische (Ménard) 391.
Verbrennungstod (Weidenfeld) 240. 290.
Veröffentlichungen der deutschen Gesellschaft für Volksbäder 560.
Versammlung, 74. deutscher Naturforscher und Ärzte 247.
Vesikulöse und bullöse Affektion bei Lichen planus (Allen) 297.
Vibriersonde (Laskowski) 592.
Vitiligo (Decastello) 90.
— symmetrische (Dufour) 493.
— bei Tabes 516.

Wandung blennorrhoischer Abscesse des Penis (Audry) 322.
Weichselzopf, Verbreitung 463.
Weichteil- und Hautdefekte, Heilung (Elbogen) 348.
Wilken, Robert und die Dermatologie (Hardaway) 564.
Winkelmannsche Hydrocelenoperation 605.
— Radikaloperation der Hydrocele (Gückel) 181.
Wucherungen, fibrinös verhornte (Chompret und De Nèvrezé) 91.

Xanthoma diabeticum (Herbst) 105.
Xeroderma pigmentosum (Monthus) 324.

Yaws (Powell) 53.
Yohimbin-Spiegel gegen Impotenz 601. 602.

Zahndystrophien und hereditäre Syphilis (Pobr) 431.
Zahnfleischreizung und Alopecia areata (Jacquet) 561.
Zelleneinschlüsse (Pelagatti) 311.
Zinkleimdecke, Verbesserung der (Rasch) 477.
— zur Verbesserung der von Dr. Rasch vorgeschlagenen (Sack) 580.
Zoster (van Harlingen) 392; (Curtin) 393.
— ophthalmicus (Durand) 393.
Zunge, ulceröse Neubildungen der (Lenglet) 511.
Zungenbasis, Mykosis der (Griffin) 44.

Namenverzeichnis.

Die mit * bezeichneten Artikel sind Originalarbeiten. Die Namen, bei denen keine Arbeiten angegeben, sind an den bezeichneten Stellen von anderen Autoren genannt.

Abadie 227.
Abadin 393.
Abell, J., Behandlung der Hoden- und Nebenhodentuberkulose 162.
Abesser, M., Über die Herkunft und Bedeutung der in den sogenannten Naevi der Haut vorkommenden Zellhaufen 564.
Abraham 378. 419. 420. 421.
Abramytschew 361.
Ackland 7.
Adachi, Hautpigment beim Menschen und bei den Affen 836.
Addison 89.
Adler, Elephantiasis scroti et penis mit intermittierender Lymphorrhoe nach doppelseitiger Exstirpation der Leistenbubonen 128.
Adrian 410. 415. 416. 418.
Ainozon 161.
Albarran, J., Radikalheilung der Prostatahypertrophie 611.
— und Guillain, Über Blasenstörungen bei Syringomyelie 596.
Albarran 15. 589. 611.
— und B. Motz, Beitrag zum Studium der makroskopischen Anatomie der hypertrophischen Prostata 825.
Albrecht, E. 329. 331.
Alexander, A., und W. Harttung, Klinik und Histologie des Erythème induré Bazin 155.
Alexander, C. 133.
Allan, A. W., Fall von Erythema nodosum mit Iritis als Komplikation 49.
Allen, Ch. W., Lichen planus, eine vesikulöse und bullöse Affektion 297.
Almkvist 168. 329. 330. 331.
Alpár, A., Referate 48. 49. 95. 123. 127. 129. 177. 186. 192. 556. 597.
Alvarez 213.
d'Amato, Die Unterstützungskur in der Syphilistherapie 583.
d'Amato, Die Impotenz und ihre Behandlung mit Yohimbin-Spiegel 601.
Ameiss, Ein eingeklemmter Stein in der Harnröhre des Weibes 593. 595.
De Amicis, T. 122. 256. 370. 487.
Amit, Die Wirksamkeit des Yohimbins bei Impotenz 602.
Amster 352.
Anche und Dubreuilh, Multiple, gutartige Epitheliome der Kopfhaut 323.
Anderson, McCall 295. 416.
Andrew 609.
Annandale 131. 132.
Anschütz, Ein Fall von verkannter hochgradiger Hypospadie, welche zu einer Verwechslung des Geschlechts geführt hat 129.
Antonini und A. Mariani, Untersuchungen über die Toxicität des Blutserums bei frischer Pellagra und über die antitoxische Kraft des Blutserums geheilter Pellagrakranker 113.
Anthony, Ein Fall von Dermatitis verrucosa, vielleicht durch das Bacterium coli commune verursacht 299.
Aretander 390.
*Arnheim, A., Eine seltene Lokalisation des syphilitischen Primäraffekts 282.
d'Arlach 179. 517.
d'Arsonval 378. 391. 438.
Arzperger, Zur Lehre von der Hyperkeratosis lacunaris pharyngis 462.
— 127.
Asch, P., Über die frühzeitige Diagnose der Blasentuberkulose 176.
— Über die Ausscheidung der in die arterielle Bluthahn injizierten Bakterien durch die Niere 244. 500.
Aschkinass und W. Caspari, Über den Einfluss dissociierender Strahlen auf organische Substanzen, insbesondere über die bakterienschädigende Wirkung der Becquerel-Strahlen 349.

Aschrott 560. 561.
Ashmead, Etwas von den Schwierigkeiten, Europa zur Annahme einer internationalen Leprösengesetzgebung zu bewegen 403.
Asselbergs, Die Kalomelinjektionen beim Lupus und nicht syphilitischen Affektionen 444.
Astruc 465.
Athanasia 446.
Aubertin, Die Albuminuria orthostatica im Verlauf der Scharlachnephritis 395.
Audouin 45.
*Audry, Ch., Über die Wandungen gonorrhoischer Abscesse des Penis 10.
— Zur Beeinflussung der Syphilis durch die Psoriasis 164.
— Ein tuberkuliniformes Erythem bei einer Lupuskranken nach einer phototherapeutischen Behandlung 164.
— Die Wandung einzelner blennorrhoischer Abscesse des Penis 322.
— Von der Herkunft der venerischen Krankheiten 322.
— Über Leukämide 163.
— 146. 206.
— und Bauby, Syphilis hereditaria tarda mutilans des Gesichts 164.
— und Dalous, Ein Horngewächs am Augenlid eines Kindes 321.
— — Hyperkeratosis circumscripta bei einem mit Syringomyelie behafteten Menschen 163.
— — Über die Veränderungen bei der Seborrhoe und besonders bei der Seborrhoea senilis 163.
— und Laguerre, Akrokeratodermia hereditaris et familiaris 321.
Aufrecht 350. 359. 385.
Augagneur 444.
*Awerbach, Zur Naftalanbehandlung des Ekzems 357.
Awetisjanz 361.
Azouley 414.

Baas 95.
Baatz, P., Trichomonas vaginalis in der weiblichen Harnblase 320.
Badal 228.
Baelz 320.
Baer, Hans, Das Ekzema rubrum des Hundes 39.
Bärensprung 168. 392.
Bakó, Über die Grenzen der Lithotripsie 177.
Balean und Sequeira, Lupus erythematosus 379. 550.
Ballard, Blasenstein bei einer 75jährigen Frau, Operation, Heilung 178.
Ballet 36.
Ballot, G. 227.
Balmelle, Behandlung der Krätze 46.
Balzer, M., Sykosis 461.
— 461. 486.
— und Schimpff, Beitrag zum Studium der Myiasis externa dermatosa 583.
Bandler 448.
Bang 348.
Bardach 418.
Bardesco, Blasenstein bei Vorhandensein nur einer Niere 600.
Barduzzi 206.
Barmhello, Die Erscheinungen der Sepsis bei der Psoriasis 459.
Barnard, Ein Fall von Enukleation von Prostataadenomen 183.
Barrier 168.
Barrois 320.
Barrow, Gangrän der Haut bei einem Fall von Abdominaltyphus 58.
Barthélemy 441. 485. 486.
Barton 4.
Basedow 354.
Bassini 181.
Bastin-Williams, Ein neuer Dilatator der Harnröhre 131.
— Die Varicocele 181.
— Impermeable traumatische Striktur. Urethrektomie und Urethroraphie mit Fistelbildung über dem Schambein 591.
Bastard 466.
Bateman, Th. 294. 564.
Bauby und Audry, Syphilis hereditaria tarda mutilans des Gesichts 164.
Baudet 439.
Bauer 417.
Baumann 170.
Baumgarten, E., Über Pruritus senilis linguae 95.
— 329. 495.
Baut 453.
Bayet, Alopecia areata im Anschluss an einen Abscess der Kopfschwarte 491.
— Traumatische Area Celsi 491.
— Ein Fall zum Diagnostizieren 491.
— Ein Fall von später kongenitaler Syphilis 493.
— Fall von Lepra mit anscheinendem Heilerfolg 494
— 491. 493.
Bazin 155. 156. 329. 407. 441. 462. 555.
Bazy, Über die nächtliche Pollakiurie und ihre semiologische Bedeutung 613.
— Vom Harnleiter-Blasen-Reflex 614.
Becker 152.
Béco 486.
Becquerel 249.
Beeler, Allgemeine Bemerkungen über die Behandlung von Geschwüren 347.
Begg, C. L., Anweisungen für Patienten mit venerischen Erkrankungen 464.
Behaegel 491.
Behrend, G. 45.
Behring 97.

Behrmann, S., Herba violae tricoloris in hartnäckigen Fällen von Acne vulgaris 244.
Beigel 45.
Bellini, Ein neuer Apparat zur Behandlung des Lupus mit konzentriertem chemischen Licht 443.
— 443.
Below, E., Die Wirkung der kalten „Eisenstrahlen" der Dermo-Lampe 349.
Benjamins 206. 212.
Beniqué 195. 196.
Bérard, Hermophenyl, ein neues merkurielles Antisepticum 384.
Berdal, Handbuch der Syphilis 171.
Bérenger 483.
*Bergh, R., Über Tätowierungen bei Frauenzimmern der öffentlichen und geheimen Prostitution 370.
— Gedanken über den Ursprung der wichtigsten geweblichen Bestandteile des Blutgefäßsystems 336.
— 371. 521.
v. Bergmann, A. 432. 505.
Bergouignan, Behandlung der reflektorischen Anurie mit epiduralen Injektionen 581.
*Berliner, Carl, Zur Differentialdiagnose der Syphilis und syphilisähnlicher Arzneiexantheme 138.
— Referate 41. 45. 47. 50. 51. 52. 55. 111. 114. 119. 120. 159. 243. 293. 296. 320. 379. 380. 430. 433. 436. 549. 551. 600. 604. 607. 612.
— 282.
Bernard, H., Behandlung der Psoriasis 42.
— 288.
Bernays, Myomektomie, partielle Prostatektomie als Behandlungsmethode bei Prostatavergrößerung 160.
— Die Pathologie und Ätiologie der Prostatahypertrophie: Incisio suprapubica mit Drainage und Myomektomie als Behandlungs- und Heilmethoden 185.
Bernhardt, B., Weitere Mitteilungen über Sarcoma idiopathicum multiplex pigmentosum cutis 543.
Bernoulli 402.
Bertamini, J., Zur Kenntnis der strichförmigen Erkrankungen 427.
Bertarelli 444. 485. 488.
Bertelsmann und Mau, Das Eindringen von Bakterien in die Blutbahn als Ursache des Urethralfiebers 193.
Bertrand 490. 491.
Besnier E. 164. 169. 206. 325. 328. 380. 496. 581.
— Brocq, Jacquet, La Pratique dermatologique 557.
Bettmann, Auftreten von Psoriasis vulgaris im Anschluß an eine Tätowierung 42.
— Über angeborenen Haarmangel 234.
Bial 616.
Bjalobsheski, Die Behandlung der Alopecie mit Phosphor 562.
— 308. 309.
Bibergeil, Beitrag zur vitalen Färbung des blennorrhoischen Urethralsekretes 547.
Bieber 485.
Bier 93. 469. 583.
Bierhoff, F., Die Rolle der Prostata bei der Blennorrhoe 200.
— 133.
— Die Technik der Cystoskopie beim Weibe 588.
— Ein neues Cystoskop für die gleichzeitige Katheterisierung beider Ureteren und für die doppelläufige Blasenspülung 589.
Biesiadecki 109.
Bigelow 124. 177.
Billroth 321. 467.
Binaghi, Über den „Gargarismus" der Urethra posterior 593.
Birch-Hirschfeld 168.
Biss, H., Über Bacillurie und Cystitis beim Typhus und die Wirkung des Urotropins auf diese Zustände 601.
Bissel, Die Diagnose und Behandlung der tuberkulösen Cystitis 601.
Bizzozzero 74.
Blanchard, R., Zur Elephantiasis scroti 56.
— 56.
Blanche 483.
Blanck und Ledermann, Die mikroskopische Technik im Dienste der Dermatologie 113. 319.
Blaschko, Lichen ruber acuminatus (+ unsichere Planusherde) oder Lichen scrophulosorum 152.
— Bericht über die II. internationale Konferenz in Brüssel 541.
— Reinduration 541.
— 6. 104. 105. 106. 138. 140. 152. 153. 154. 167. 390. 481. 486.
Blech, G., Ein Fall von Sterilität beim Manne infolge toter Spermatozoen; Heilung durch galvanische Elektricität 180.
Bloch, J., Celsus 616.
— Referate 40. 52. 200. 404. 583. 585.
Bloch, R. 358. 362.
Blokusewski 557.
Le Blond 370.
Blumer und MacFarlane, Eine Noma-Epidemie; Bericht über 16 Fälle 52.
Bock, Syphilis impetiginosa generalisata praecox 450.
Bockhart 39. 295.
Bodin, E., Über den Pilz des Favus der Maus (Achorion Quinckeanum) 340.
— Les champignons parasites de l'homme 553.
Boeck, C., Die Tuberkulide 441.
— 255. 256. 257.

Böhm, J., Extragenitale Syphilisinfektion an der Wangenschleimhaut 243.
— 485.
Boer 167.
Bogdanowitz, Die umstimmenden Injektionen in der Behandlung der Nebenhodentuberkulose 246.
Boinet und Ehlers, Ein alter italienischer Lepraherd in den Seealpen 581.
Boldt, H. J. 101.
Bollaan 439.
Bonne, G., Die klinische Bedeutung des Ekzema seborrhoicum, insbesondere für die Entstehung der Nasen-Rachenvegetationen und der Carcinome 457.
Bonnevie 487.
Bonome 438.
Bornemann, Über die Histologie der Chlorakne 427.
Borri, Die Acidität des Blutes in ihren Beziehungen zu einigen Hautkrankheiten 553.
Borst 330.
Bose 595.
Bosellini, Über die sogenannten Plasmazellen in den Hautgranulomen — Morphologie, Ursprung, Schicksal und Funktion 122. 328.
— Beitrag zum Studium des Glycogens in der Haut bei Hauterkrankungen 288.
Bottini 115. 125. 126. 160. 163. 166. 185. 186. 187. 499. 500. 599. 607. 608. 609. 610. 612.
Bouisson 466.
Boulloche 446.
La Bourboule und Méneau, Ein Fall von Erythema perstans 165.
Bourges 446.
Bouvet 438.
Bowen 329.
Bowlby 206.
Boyer, Ph. 465.
Bradshaw, Zwei Fälle von Erkrankung des Rückenmarks im Anschluſs an Syphilis 36.
Bramann 469. 476. 533.
Brandweiner, Die Behandlung des venerischen Geschwürs mit Kälte 508.
Brasch, M. 140. 141.
Bratz 451.
Brault, J., Zwei Fälle von Botryomykose in Algier beobachtet 56.
Braun 287.
Breakey, Ein Fall von Mykosis fungoides 299.
Breda, Über das Wesen und die Heilbarkeit des Lupus erythematodes discoideus 554.
Van Brero 451.
Bretonneau, Ein Korrigens bei Injektionen von Quecksilber und Jod 502.
Brieux 484.
Bright 500.
Brissaud 392.
— und Pierre Marie, Über die Nachteile der intensiven Quecksilberbehandlung bei der syphilitischen spastischen Paraplegie 452.
Broadbent 170.
Broca 381.
Brocq, L., Über Parapsoriasis 322.
— 42. 94. 169. 206. 321. 439. 496. 559.
— Jacquet und Besnier, La Pratique dermatologique 557.
— Civatte und Fraisse, Vorläufige Untersuchung über die subcutanen Einspritzungen von Cacodylatum hydrargyro-jodatum 385.
Brooke 110. 379.
Browne, G. B., Über 25jährige Erfahrungen in der Chirurgie der Harnwege 124.
Bruce, G. A., Ein Fall von akuter Dermatitis exfoliativa universalis 41.
Bruck, A. 125. 142.
Bruhns, Lymphangiom der Wangenschleimhaut 541.
— Strichförmiger Lichen planus des Arms 541.
— Sklerodermie 542.
— Tierkrätze 542.
De Brun, Lepra und Syringomyelie 404.
Brunier, Über Hautabscesse bei Kindern in den ersten Lebensjahren 54.
Brunn 433.
Bruns, J., Über Morbus Addisonii 89.
Bryson, J.P., Prostatektomie: Vorstellung von sechs operierten Fällen, nebst Bemerkungen über die Technik der Operation 187.
— Zur Erleichterung der Entdeckung von Tuberkelbacillen im Urin 434.
Bühler, Fr., Der Aussatz in der Schweiz 300.
Bütschli 274.
Buffard 502.
Bulkley, D. L. 282. 482.
Bumm 19.
Bunch, J. L., Über Trichophyton-Infektionen bei Menschen und Tieren 44.
Burckhardt, Kaufmann, Socin, Die Verletzungen und Krankheiten der Prostata 165.
Burkhardt 605.
Burgerstein 2.
Burghard 348.
Burgio, Multiple sessile Tumoren der groſsen Schamlippen 194.
Buri 5. 65. 70.
Burlureaux 484. 485.
Busch, Paul, Der heutige Stand der Syphilistherapie 37
Buschke, Die Blastomykose 332.
— Lichen ruber planus 540.
— Fibromata mollusca 540.
— Cyanotische Induration Virchows 540.

Buschke, Angiokeratome am Scrotum 541.
— Prurigoartige Hauterkrankungen mit der Hyperplasie lymphadenoïden Gewebes 541.
— 153. 540.
Butler 370.
Butlin 206.
Butte, L., Experimentelle Untersuchungen über die physiologische und therapeutische Wirkung von wässerigem Extrakt von Guako 502. 503.
— Die Beziehungen zwischen Hautkrankheiten und den Gröfsenverhältnissen des Magens. — Über die Notwendigkeit, zu gleicher Zeit sowohl die Hautaffektionen lokal als auch die begleitenden Magenstörungen zu behandeln 501.
— 440. 502.

Cahn, A., Über Paranephritis und Pyonephrose nach Hautfurunkeln 508.
van Calcar 15. 16. 22.
Calderone, Beitrag zum Studium der Blennorrhagia acuta anterior 121.
Cameron, Cancer oris (Unna) und dessen gewöhnliche Komplikationen 85.
Campana, Septisches Ekzem; durch pyogene Mikroorganismen verursachte Urticaria 40.
Campbell, Impfung 401.
Canan, Die Behandlung einiger, häufig in der Praxis vorkommender Fälle 347.
— 348.
Cantrell, Falten und Gesichtsausdruck 160.
Caporali 90.
McCarthy, Syphilis des Nervensystems 35.
Carrier, Die therapeutischen Mafsnahmen bei Hautkrankheiten 346.
— und G. Potel, Das Botryomykom 511.
Carnett, J. B. 602.
Carnoy 134.
Caro 333.
Carpentier 517.
Caspary 138. 556.
— und Aschkinass, Über den Einfluſs dissociierender Strahlen auf organisierte Substanzen, insbesondere über die bakterienschädigende Wirkung der Becquerel-Strahlen 349.
Caspar, L. 501. 588.
Cassaët 226.
Du Castel, Die Syphilis des Pharynx 449.
De Castello, Über Pigmenthypertrophien und -Atrophien der Haut in Verbindung mit perniciöser Anämie (ein Beitrag zur Kenntnis der Vitiligo) 90.
Castelo 482.
Cazalis, Über die ehelichen Erkrankungsgefahren 584.
Celsus 491. 616.
Cerf, Die Anomalien und Komplikationen der Varicellen 397.
Cesbron 466.
Charcot 355. 392.
Charrière 247. 594.
Charrin 314. 438.
Chatelain 93. 587.
Chatin, A., Die Ätiologie der Area Celsi; die Zahntheorie von L. Jacquet und seine Lehre von den peladogenen Kulminationen 504.
— 381.
— und M. Druelle, Die Psoriasis bei den Syphilitischen 164.
— — Ein Fall von Hidradenoma eruptivum 321.
— — Die Phototherapie in der Dermatologie 380.
Chauffard, Blennorrhoischer Rheumatismus 199.
— Tödliche Quecksilbervergiftung nach Kalomelinjektionen 385.
— 385. 514.
Chauvet, Cystitis 160.
Chaves 487.
Cheadles 45.
Chervotier 355.
Chetwood, Die chirurgische Behandlung der Prostatahypertrophie 611.
— 187.
Cheyne 348.
Chiaventone, Über die Cystopexie in der Gynäkologie: eine neue abdominelle Operationsmethode 245.
Cholzow, Über einen Fall von Hämaturie, hervorgerufen durch Kontusion der Harnblase 320.
— Über die Behandlung der Strikturen der Harnröhre mittels Elektrolyse 593. 594.
Chompret und B. de Névrezé, Lymphangiektasien des Mundes (Varicen der Lymphgefäfse) und fibrinös verhornte Wucherungen infektiösen Ursprungs 91.
Christmas 197.
— und Darier, Ein Fall von Pian-bois 510.
Christian, H. M., Klinisches Bild und Diagnose der Hämaturien 160.
— Die klinische Bedeutung von chronischem Ausfluſs der Harnröhre 595.
Christovitch, 104 Blasensteinoperationen 327.
Chvostek, F. 167.
Cicero 482.
Civatte, Fraisse und L. Brocq, Über die subcutanen Einspritzungen von Cacodylatum hydrargyro-jodatum 385.
Civiale 125. 177.
Cloetta 309.

Coffin, A., Der Pemphigus 461.
Cohn, Ferdinand 333.
Cohn, H. 34. 35.
Cohn, J., Prüfung der Urethroskope mittels der Endophotographie 501.
— 16. 22. 23. 389.
Cohn, Moritz 616.
Cohnheim 331. 428.
Coignet 439.
Coley und Satterwhite, Die Radikalkur der Hydrocele durch Injektionen von Karbolsäure 604.
Collan 518.
Colles 291.
Colombini, Über einen Fall von Granuloma trichophyticum Majocchi 432.
— 518.
Colomiatti 65.
Comby 458.
Coppez, Ein Fall von Pemphigus der Conjunctiva 493.
— 493.
Cordier 445.
Corlett, W. P., Die Diagnose der Pocken 400.
Cornil 213. 512.
Corrigan 168.
Couillaud 206.
de Courmelles, Lupus, Tuberkulose und Licht 442.
Courtin 529.
Cowper 130. 173. 195.
Cramer, H., Über einen eigentümlichen Urinbefund (Emulsions-Albuminurie) bei Eklampsie und Urämie 189.
Crandall, Über einige seltenere Symptome des Scharlachfiebers 393.
Crocker, R., Ein neuer Fall von Granuloma annulare 296.
— 169. 206. 295. 323. 379.
Cruyl, Ist Alopecia areata ansteckend? 490.
— Ein intensiver Fall von Dermographie 492.
— 490. 491.
Cumbston 135.
Cummins, Fall von Raynaudscher Krankheit 386.
Curtin, Herpes zoster und dessen Beziehung zu inneren Entzündungsvorgängen und Erkrankungen, namentlich solchen der serösen Membranen 393.
Cuylits, Soll man die Schulen zur Zeit von Masernepidemien schliefsen? 396.
v. Czylharz, Weitere Bemerkungen zur Frage der cerebralen Blasenstörungen, zugleich ein Beitrag zur Diagnostik der Balkengeschwülste 597.

Dacco, E., Zur Hämatologie der Syphilis 552.
Dalous, Das Cylindrom der Haut 323.
Dalous und Audry, Die Veränderungen bei der Seborrhoe, besonders bei der Seborrhoea senilis 163.
— — Ein Horngewächs am Augenlid eines Kindes 321.
— — Hyperkeratosis circumscripta bei einem mit Syringomyelie behafteten Menschen 322.
Danlos 169.
Darier 113. 206. 558.
— und Christmas, Ein Fall von Pianbois 510.
Daubresse, Über Syphilisbehandlung 455.
Dauchez 46.
Daudois 490.
Debove, Segmentartiges Ödem 389.
Dekeyser, Abnormer Fall von Syringomyelie, wahrscheinlich auf syphilitischer Basis (Morvanscher Typus an den unteren Extremitäten) 490.
— Trichorrhexis nodosa und ihre Ätiologie 492.
— Ossifizierende syphilitische Periostose, Vorführung von Radiogrammen 494.
— Fall von tertiärsyphilitischer Polyneuritis 494.
— Bemerkung zu dem abnormen Fall von Syringomyelie mit einer wahrscheinlich syphilitischen Ätiologie 494.
Déku 559.
Delamare 314.
*Delbanco, E., Zur Pathologie des elastischen Gewebes 57.
— Elephantiasis der Augenlider 506.
— 311. 313. 314. 341. 394. 415. 506.
Delefosse, Periurethrale Eiterung ohne Harnröhrenläsion 595.
Delore 416.
Denis 603.
Descement 5.
Desesquelle, Die Behandlung der Syphilis mittels subcutanen Injektionen von Quecksilberbenzoat 440. 501. 503. 504.
Desmous, Kritische Beurteilung der intravenösen Quecksilberinjektionen in der Behandlung der Syphilis 438.
— Die Entstehung von Hautläsionen durch Arnikatinktur 503.
Desnos, E., Verkannter Prostatismus 184.
— Moderne Behandlungsmethoden für die Prostatahypertrophie 185.
— 416.
— und Minet, Beitrag zur Kenntnis der Orchitis der Prostatiker 436.
Devergie 42. 294. 295.
Diday 206. 291.
Didinski 451.
Dieulafoy, Syphilitisches Gumma des Stirnlappens mit Anfällen von Jacksonscher Epilepsie 450. 451.
Dionis 56.

Dittel 177.
Dittrich 213. 216.
Doepke, K., Beitrag zur Kenntnis des Erregers der menschlichen Aktinomykose 511.
Dommer 92.
Dor 416. 511. 512.
Dorland, Über das Vorhandensein einer pathogenen Substanz im Urin von Menschen, die an infektiöser Orchitis erkrankt sind 179.
Dornblüth 561.
Dose 378.
Doty, Varicellen bei Erwachsenen 397.
Doumer 439.
Dreyer, Gonokokken in Lymphgefäfsen 110.
— Primula oboonica als Krankheitsursache 390.
Druelle und Chatin, Die Psoriasis bei den Syphilitischen 164.
— — Ein Fall von Hidradenoma eruptivum 321.
— — Die Phototherapie in der Dermatologie 380.
Dsirne, J., Beitrag zur Frage der Nephrolitiasis, der Hydro- und Pyonephrose 116.
— Beitrag zur Frage der Nephrolithiasis, der Hydro- und Pyonephrose 244.
Dubois-Havenith, Dermatitis herpetiformis bei einem syphilitischen Patienten 492.
— Ein Fall von rezidivierendem Erythema exsudativum multiforme 492.
— Histologische Schnitte von 2 Fällen von Pagetscher Krankheit 493.
— 168. 438. 491. 493.
Dubreuilh, W., Orthoformausschläge 353.
— 109. 258.
— und Anché, Multiple, gutartige Epitheliome der Kopfhaut 323.
— und D. Frèche, Ekzem der Nägel 459.
— — Das Losewerden der Nägel 562.
Dubreuilh, Über Pyodermitis serpiginosa linearis 582.
Ducastel 206. 444.
Duchatelet 370.
Ducrey 48. 121. 216. 495.
v. Düring, Studien über endemische und hereditäre Syphilis 239. 291.
— Brief aus Kleinasien 408.
Dufour, Ein Fall von Alopecie, die sich unter Sublimatumschlägen entwickelte 490.
— Ein Fall von tertiärer Syphilis mit diagnostischer Schwierigkeit 492.
— Fall von symmetrischer Vitiligo 493.
— Traumatische Alopecie 493.
— Pityriasis rubra pilaris 490.
— 491.
Dugés 168.
Duhot, Ein Fall von Ulcus rodens auf dem Boden eines Lupus 87.
— Chemische Abscesse infolge gleichzeitiger Jod- und Quecksilberdarreichung 392.
— Erythema multiforme dolorosum im Anschlufs an eine Injektion von Antistreptokokkenserum 388.
— Ist die Tabes dorsalis syphilitischen Ursprungs? Ist sie heilbar? 452.
— Lymphangiektasien des Penis und Scrotums 490.
— Lupus mit Röntgenstrahlen behandelt 490.
Duhot, R., Elektrolyse und Harnabscesse 595.
— Spermatocystitis chronica atrox mit Streptokokken 603.
Duhring 206. 211. 361. 461. 555.
Dujardin-Beaumetz 466.
Dukes 396. 397.
Dumont 455.
Duplay 532.
Dupuytren 291.
Durand, Ein Fall von Herpes zoster ophthalmicus 393.
Durrieux, Die Divertikel der Blase 132.
Dutton 123.

Eberth 54.
Eccles, Die Anatomie, Physiologie und Pathologie bei unvollständigem Descensus des Hodens 178.
Eddowes, A., Das parasitäre Wesen des Ekzems 39.
— Die Behandlung von chronischem Ekzem 40.
— Die Nachbehandlung bei der Impfung 401.
Edleffsen 395.
Edmondsen 483.
Eggeling, Über die Deckzellen im Epithel von Ureter und Harnblase 134.
Ehlers und Boinet, Ein alter italienischer Lepraherd in den Seealpen 581.
Ehrenberg 214.
Ehrhardt 206. 210. 211. 212.
Ehrlich 77. 217. 337. 338. 339. 548.
Ehrmann, O. 233.
Ehrmann, S. 296. 319. 443.
Eichbaum 385.
Eichhoff, P. J., Praktische Kosmetik für Ärzte und gebildete Laien 583.
Eiselsberg 213.
Elbogen, Heilung grofser Weichteil- und Hautdefekte der Extremitäten mittels gestielter Hautlappen aus entfernten Körperteilen 348.
Elliot 295.
Ellis, H., Die Blase als Dynamometer 159.

Emmerich, M. 204.
Enderlen 329. 330. 331.
Engel-Reimers 307.
Engelmann 506.
English, S. und R. J. Johnstone, Vortäuschung von Urininfiltration durch Blutaustritt unter der Perinealfascie 189.
Eraud 179. 180. 200. 517.
Erb, W., Syphilis und Tabes 452.
— 113. 453. 454.
Erben, Über Quecksilberzittern 354.
Erdheim, J., Nierengumma 449.
Van Ermengen 216.
v. Essen 492.
Ewald 309.

Fabris 121.
Fabre, P., Über die bei der Pediculosis corporis vorkommenden Melanodermien 563.
Fallopia 465.
Faltin 15. 16. 17. 18. 22. 28. 603.
Farkas und Sellei, Über anästhesierende Verfahren bei Penisoperation mit besonderer Berücksichtigung der Obertschen Methode 591.
Farnum 603.
Favarger, Eine in Obersteiermark beobachtete autochthone Elephantiasis 56.
Favre, Über die Statistik der venerischen Krankheiten unter den Studenten 499.
Feer 402.
Feibes, E., Betrachtungen über das Jodipin 113.
Feleki, Über einige neuere Instrumente und Methoden zur Diagnostik und Behandlung der Harn- und Geschlechtskrankheiten 126.
Félix, Von der Pellagra 387.
Felsenthal 168.
Fendt 256.
Ferguson, B., Ein mit Röntgenstrahlen behandelter Fall von rezidivierendem Carcinom 87.
— 609.
Ferrero 371. 375.
Feulard 46.
Fiaux 483. 485.
Fick, J., Über präputiale Schleimhautgänge mit Littreschen Schleimdrüsen und deren blennorrhoische Erkrankung 319.
Filehne 309.
Finger, E., Über Folliculitis (Acne) exulcerans serpiginosa nasi (Kaposi) 48.
— 200. 231. 237. 318. 360. 468. 480. 484. 605. 606.
Finncane 123.
Finsen 348. 350. 378. 379. 380. 381. 440. 441. 443. 489. 493.
Fiocco, Die Empfänglichkeit hungernder Tiere für pyogene Hautinfektionen 121. 344.
— und G. B. Locatelli, Betrachtungen und Untersuchungen über die Wirkung der Massage auf die Haut 122.
Fischer, G., Versuch einer Prophylaxe der venerischen Krankheiten 343.
— Über Herzkrankheiten im Verlauf der Syphilis und Blennorrhoe 447.
Fischer, L., Ein Fall von Stomatitis grangraenosa (Noma) 563.
Fischl 170.
v. Fleischl, O., Über Fanghi di Sclafani, ein wenig bekanntes, bei Acne rosacea sehr wirksames Mittel 48.
Flemming 134. 568. 574.
Florence, Statistik über 1077 Blennorrhoen, die nach der Methode von Janet 322.
Foa 74.
Foote, Ch. G., Das Cystoskop: sein diagnostischer Wert bei Krankheiten des Urogenitaltractus 126.
Forest 206.
Fornet, W., Über Cardoldermatitis 109.
Fort, J., Die Behandlung der Hydrocele 181. 182.
Fortner 7.
Foster, Weicher Schanker des Augenlides 508.
Fournier, A., Quecksilbereinspritzungen in der Behandlung der Syphilis 456.
— 34. 200. 232. 282. 284. 292. 444. 445. 447. 452. 455. 465. 479. 480. 485.
Fournier, H. 141.
Foveau 349. 442.
Fowler 169.
Fox, C. 45. 54.
Fox, T. 564.
Le Foyer 483.
Fraenkel, A. 199. 394. 395. 506.
Fraenkel, E., Die im Verlaufe des Scharlachs auftretenden Erkrankungen der oberen Verdauungswege 394.
Fränkel (Halle) 561.
Fraisse, Vorläufige Untersuchung über die subcutanen Einspritzungen von Cacodylatum hydrargyro-jodatum 385.
François, Die Lichtheilmethode-Apparate 493.
— 490. 491. 492. 493.
Frank, L 485.
Frank, R. 200. 589.
Franke 58.
Franz 21.
Fraser, Die Behandlung des Erysipels mit Karbolsäure 51.
Fratta 483.
Frèche u. Dubreuilh, Ekzem der Nägel 459.
— — Das Losewerden der Nägel 562.

Freemann, W. T., Einige postvaccinale Ausschläge 118.
— Ein Fall von Vaccinia generalisata 401.
Frerichs 449.
Freudenberg, A., Theorie und Praxis in der Bottinischen Operation 115.
— Die Behandlung der Prostatahypertrophie mittels der galvanokaustischen Methode nach Bottini 607.
— 186. 609. 610.
Freund, L., Dermatomycosis 95.
— Radio- und Phototherapie 377.
— 377. 405.
Freyer, P. J., Eine klinische Vorlesung über Blasentuberkulose 135.
— Ein klinischer Vortrag über eine weitere Reihe von Fällen von Totalexstirpation der Prostata zur Radikalbehandlung der Hypertrophie derselben 187.
— Die totale Exstirpation der Prostata zur radikalen Heilung der Prostatahypertrophie 612.
— 607.
Frickenhaus, A. 271. 278.
Friedeberg 358. 363.
Friedjung 363.
Friedländer 216. 217. 329. 510. 543.
Frisch 213. 214. 216. 510.
Frisch, A., Blasensteinoperationen 598.
Fryding 376.
Fuchs, E., Zur Wirkung des Urotropins bei Typhusbakteriurie 193.
— 173.
Fuchs, H., Bemerkung zur Arbeit von Alexander Gurwitsch „Über die Haarbüschel der Epithelzellen im Vas epididymis des Menschen" 336.
Fuchs, J., Zur Kasuistik der Hydrocele bilocularis (Hydrocele en bissac der Franzosen) 181.
Fürbringer 596. 605.
*Fürst, Moritz, Zur Kenntnis der Diosmal-Runge (Extract. Foliorum Bucco) und seine Anwendung in der Behandlung der Harnkrankheiten 307.
— Über die Ätiologie und die Prophylaxe der Leprakrankheiten 585.
Fürth 430.
Fuller, E., Einige allgemeine Bemerkungen zur Syphilisbehandlung 38.
— Über Blasenausdehnung (emergencies) und deren Behandlung 134.
— 609.
Fumouse, Eine neue Krankheit — die Chlordermatitis nach Elektrolyse 391.

Galewsky und W. Hübener, Zur Behandlung der sogenannten „plastischen Induration" der Corpora cavernosa penis 591.
Galewsky 93. 481.
Galli, Pellagra 387.
Galliost 501.
Galloway, Nekrose der Haut in Verbindung mit Zirkulationsstörungen 293.
Gandillon, Gaucher und Lextrait, Hydrargyrum lacticum bei Syphilis 457.
Garrod, Über Alkaptonurie 191.
Gaucher, Hydrargyrum lacticum 385.
— Lextrait und Gandillon, Hydrargyrum lacticum. Seine Anwendung bei der Behandlung von Syphilis 457.
Gautier 440.
Gebele, Über Angiome und ihren Zusammenhang mit Carcinomen 86.
Geber 154.
Gebert 152. 284.
Gebhard 560.
Geddings, Die gesetzliche Kontrolle über Heilserum, Vaccine etc. 403.
Geer 96.
Geil 374.
Gémy 345.
Genoud 349. 381. 442. 443. 489. 493.
Gentile 246.
Genzmer 85.
Gerber, P. H., Beiträge zur Kenntnis der Lepra der oberen Luftwege und der Verbreitung der Leprabacillen 585.
Gerhardt, C. 540.
Gerlach 333. 576.
Gernsheim 362. 364.
Gerson, An der geimpften Stelle des Armes eine Psoriasiseruption 153.
Gerson, K., Zur mechanischen Behandlung der Impotentia coëundi 602.
Gibert, Harter Schanker am Innenwinkel der Augenlider. Diagnose und Behandlung 502.
— 143. 450. 559.
Gierke 64.
van Gieson 268. 269. 270. 413. 434. 539. 568.
Gilchrist, Fälle und mikroskopische Präparate von blastomycetischer und protozoischer Dermatitis 378.
— 119.
Gill, Ein Fall von Erysipel, behandelt mit Antistreptokokkenserum 51.
de Giovanni, Handbuch der speziellen inneren Pathologie und Therapie 554.
Gläser 452.
Glawsche 361.
Glück, L., Über das sogenannte Profetasche Gesetz 445.
— Korrespondenz von Sauton und Bemerkung zur Antikritik des Herrn Dr. Sauton 582.
— 582.
Godlie und McPhedran, Ein Fall von Indigourie 192.
Goepel 542.
Göppert 333.
Götz, Referate 42. 45. 46. 47. 54. 56. 85.

86. 88. 89. 92. 94. 95. 96. 117. 128. 130. 131. 133. 167. 171. 172. 177. 181. 185. 186. 190. 247. 327. 335. 338. 339. 340. 341. 347. 349. 384. 386. 388. 389. 391. 393. 395. 401. 402. 407. 437. 445. 449. 453. 455. 457. 463. 506. 508. 511. 512. 513. 516. 552. 560. 562. 563. 586. 587. 590. 591. 592. 604. 606. 610. 613. 615.
*Goldberg, B., Beitrag zur Ätiologie der Cystitis 13.
— Ueber Lithotripsie 177.
— Ichthargan bei Blennorrhoe 208.
— Die Katheterisierilisation 500.
— Urethrogene Harninfektion 594.
— 586.
*Goldmann, Arnold, Erfahrungen über den therapeutischen Effekt der Quecksilber-Vasogensalbe 301.
— 358. 362.
Goldmann, E., Zur Pathogenese und Therapie des Keloids 88.
Goldschmidt, Ein Sterilisationsapparat für die urologische Sprechstunde 501.
Goldzieher, Über Syphilis der Orbita 557.
Good, J., Urinverhaltung infolge von Einführung einer Flasche ins Rectum 188.
— 482. 486. 487.
Gossner, Purpura haemorrhagica bei Genitaltuberkulose 389.
Gottheil, W. S., Die Heilbarkeit der Syphilis 36.
— Hautsarkoide 435.
Goulard 162.
Gouladze, Noch ein Fall von extragenitaler Syphilis 430.
Gowers 355.
Graebe 333.
Gram 43. 52. 94. 192. 239. 334. 387. 493. 511. 520. 544.
Grandidier 352.
Grant, H., Chronische Erkrankungen der Harnblase des Mannes 596.
Gray, Hautverpflanzung nach der Methode Wolfe-Krause 348.
— 348.
Greene, R. H., Syphilisbehandlung 88.
Grégoire 391.
Gregory 484.
Griffin, H., Mykosis der Tonsille und Zungenbasis 44.
Griffith, F., Rubeola und die „vierte Krankheit“ 396.
— Ein Instrument, um die Hydrocele zu diagnostizieren 436.
— Die Komplikationen der Phimosis und deren Behandlung 590.
— Zwei Fälle von Hydrocele mit ungewöhnlichen Erscheinungen 605.
— 44.
*Grosglik und G. Weissberg, Akute Sehnervenentzündung als eine der ersten Erscheinungen sekundärer Lues 228.
Grosglik 25.
Grosz, S., Über Keratosis nigricans (Acanthosis nigricans, Dystrophie papillaire et pigmentaire) 88.
— 169. 518.
Grouven, Pemphigus foliaceus 47.
— Erwiderung auf die „kritischen Bemerkungen über den von Grouven in der Niederrheinischen Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Bonn gehaltenen Vortrag über Röntgentherapie bei Hautkrankheiten von R. Hahn“ 351.
— 351.
Gruber 387.
Gruby 45.
Grumme, Zur Beseitigung des Schweifsfufses durch Tannoform 95.
Gückel, Noch ein Fall von Rezidiv nach der Winkelmannschen Radikaloperation der Hydrocele 181.
— 605.
Guelliol, Durch Gonokokken verursachte Eiterung einer Herniotomiewunde bei einem Blennorrhoiker 117.
Guépin, Digitalkompression der Prostata 606.
Günther, C. 214.
Güterbock 126. 500. 598.
Gugenheim, Über chronischen Schleimhaut-Pemphigus der oberen Luftwege 47.
Guiol 370. 374.
Guise-Moores, Die „Veld“-Wunde 50.
Guiteras, Wiederersatz eines Scrotums durch plastische Operation 120.
— 609.
Guiteras, R., Ein Prostatektomie-Forceps 613.
Gunsett, A., Ein Fall von Lichen ruber monileformis den subcutanen Venen folgend 108.
Gussenbauer 209.
Guth, H. und J. Plato, Über den Nachweis feinerer Wachstumsvorgänge in Trichophyton- und anderen Fadenpilzen mittels Neutralrot 340.
Guttstadt, Umfrage über die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten 355.
Guyon 165. 177. 196. 589.
Guyot 467. 534.
Guilain und Albarran, Über Blasenstörungen bei Syringomyelie 596.

Hacke 551.
Hahn, F., Referate 44. 47. 83. 88. 92. 94. 95. 126. 128. 135. 181. 183. 188. 189. 194. 199. 202. 244. 396. 397. 501. 513. 514. 592. 605.
Halász, Über die tuberkulöse Erkrankung des Penis im Anschlusse eines Falles 129.
Hall 378.

Hallopeau, Behandlung des Ohrekzems 40.
— Bericht über eine Arbeit von Butte mit der Überschrift: „Behandlung des tuberkulösen Lupus mittels Kalium permanganicum“ 440.
— 206. 357. 364. 447. 562.
Halm, R., Entgegnung auf Grouvens Erwiderung 351.
Hance 2.
Hanot 514.
Hansen, Armauer 404.
— 576. 577.
Hansen, C. T. 876.
Hardaway, Einige Bemerkungen über die Schwierigkeiten der Diagnose bei Pocken 400.
— Robert Willan und die Dermatologie 564.
— 257.
Hardy 170.
van Harlingen, Moderne Ansichten über Ursprung und Wesen von Herpes zoster 392.
— 466.
Harland, W. H., Beobachtungen über die „Veld“-Wunde 50.
Harrison, R., Die praktische Anwendung der kombinierten inneren und äußeren Urethrotomie 131.
Hartmann, H., Behandlung von Fremdkörpern der Harnröhre 130.
— Die intravesikale Scheidung des Urins der beiden Nieren 246.
— Behandlung der Harninfiltration, der Harnabscesse, Urinfisteln und Fremdkörpern der Harnröhre 595.
Hartmann, K. und Herxheimer, Über Acrodermatitis chronica atrophicans 241. 290.
Hartmann, M., Katheterismus und Harnröhrenspülung 595.
— Die Fremdkörper der Blase. Schwierigkeiten der Lithotripsie 598.
Harttung 518.
— und A. Alexander, Zur Klinik und Histologie des Erythème induré Bazin 155.
Hartwig 598.
Hartzell, Ein Fall von Fibroma molluscum 87.
Hassal 65. 320.
Hassler, Über die idiopathische Entzündung des Zellgewebes des Cavum Retzii 500.
Haus, Über die Ichthyosis congenita (Hyperkeratosis diffusa congenita) 42.
Hauser 14. 20. 85.
Havard 482.
Hawkins, Syphilis des Mastdarms und der Aftergegend 449.
Head 91.
Hebra, F. 109. 154. 295. 335. 361. 418. 441. 459. 495. 496. 502. 504. 553. 564.
v. Hebra, Hans 107. 234.
Heiberg 451.
Heidenhain, Über chemische Umsetzungen zwischen Eiweißkörpern und Anilinfarben 383.
Heim, Beitrag zur Kontagiosität des Erythema nodosum 49.
Heinicke, W., Zwei Fälle von Urticaria, hervorgerufen durch die Vogelmilbe (Dermanissus avium) 96.
Heller, A., Kleine Beiträge zur Tuberkulosefrage 407.
Heller, J., Pityriasis rubra pilaris oder Lichen ruber 153.
— 94. 152. 558.
Helmerich 46.
Henning, Plastische Maßnahmen zur Korrektur von Defekten 106.
Henoch 168. 394.
Herbert 330.
Herbst, Xanthoma diabeticum 105.
Herrick 469.
Herrmann, H., Eine eigentümliche, mit Hyperhidrosis einhergehende entzündliche Dermatose an der Nase jugendlicher Individuen 157.
— Ein Fall von Hautmilzbrand mit bemerkenswertem klinischen Aussehen 544.
Hervieux 168.
Hertz 350.
Herxheimer, K. 37. 110. 169. 314. 353.
— und Hartmann, Über Acrodermatitis chronica atrophicans 241. 290.
Herzfeld, A., Über blennorrhoische Arthritis 199.
Hesse 176.
Heubner 394.
Heuss, E. 5. 390. 414.
Heydenreich 107. 489.
Heymann, Felix 333.
Hilbert 5.
Himmel, Zur Immunität der Tiere gegen den Bacillus des weichen Schankers 495.
— Über Plasmazellen 497. 498.
Hind, W., Blasensteine 600.
— Akute Orchitis 603.
Hirschberg, M., Erfahrungen über die Behandlung und Heilung der Lepra im Rigaschen städtischen Leprosorium 228. 432.
Hirschfeld, M., Die Homosexualität in Wien 128.
Hirschkron 362.
Hirschsprung 558.
Hirt, W., Beiträge zur Pathologie der Harnblase bei Tabes dorsalis und anderen Rückenmarkserkrankungen 133.
Hirtz 200.
Hlateky, Beiträge zur Histologie der Pityriasis versicolor 555.
Hock, A., Zur Frage der Katheterdesinfektion (nebst Besprechung des aseptischen Katheterismus 589.

Hocke, E., Über ein an den Bautischen Lymphomenkomplex erinnerndes Krankheitsbild, wahrscheinlich hervorgerufen durch kongenitale Lues 453.
Hodara, M., Über einige Formen von Prurigo diathésiques de Besnier 380.
— 492.
Hodgson, Ein Fall von Excision der Samenbläschen wegen primärer Tuberkulose 182.
Höger, Cyklische Albuminurie 161.
Hoffmann, E., Zur dermato-hystologischen Technik 337.
Hofmann, A. W. 333.
v. Hofmann, K., Die Tuberkulose der Blase 176.
Hokussai 56.
Holländer, E., Lupus erythematodes 105.
— Die Frage der mechanischen Disposition zur Tuberkulose nebst Schlufsfolgerungen für Nasenplastiken nach Lupus 405.
— Die mechanische Disposition der Schleimhauterkrankungen bei Lupus vulgaris 405.
— Carcinom und Hautveränderungen 513.
— 105.
Hollstein, Raynaudsche Krankheit 152.
— 152.
Holzhauser, K., Die therapeutische Verwendung des Jodipins bei venerischen Krankheiten 163.
Holzknecht und Zeissl, Der Blasenverschlufs im Röntgenbilde 596.
Home 125.
Honsell 467. 532. 534. 536.
Hopf, E., Referate 34. 85. 36. 46. 53. 56. 93. 96. 130. 134. 163. 170. 175. 182. 198. 203. 333. 334. 336. 337. 339. 343. 348. 350. 351. 352. 355. 385. 387. 389. 390. 391. 392. 396. 397. 398. 399. 400. 403. 404. 405. 441. 442. 444. 445. 446. 448. 450. 451. 452. 458. 457. 459. 461. 462. 479. 506. 511. 512. 514. 515. 562. 584. 586. 594. 595. 598. 603. 611. 613. 614. 615.
Horovitz, M., Die Injektionsbehandlung der Syphilis mit Quecksilbersuccinimid 456.
Horwitz, O., Die gegenwärtige Stellung der Bottinischen Operation 186.
Hoyer 338.
Huart 168.
Hübener und Galewski, Zur Behandlung der sogenannten „plastischen Induration" der Corpora cavernosa 591.
Hudelo 446.
Hügel, G., Resultate von Untersuchungen, angestellt an 4 Fällen von Mikrosporie und 81 Fällen von Trichophytie 45.
Huger, Die Justussche Probe für Syphilis, nebst einer Statistik 447.
Hufeland 343.
Hughes, Geisteskrankheiten, Masturbation und sexuelle Exzesse 162.
— 192.
Hugounenq 179. 180. 517.
Hulisch 467. 534.
Husemann 2. 7.
Hutchins, Die Heilung oberflächlicher und subcutaner Abscefshöhlen mit Breiumschlägen 507.
— und Nancvede, Über Katheterisierung 127.
Hutchinson, J. 53. 123. 293. 329. 431. 432. 556.
Hutschnecker 302.
Hutten 465.

Jaboulay, Die Atrophie der hypertrophischen Prostata nach Blofslegung der Drüse 609.
Jacquet, Reizung des Zahnfleisches als Ausgangspunkt einer Alopecia areata 561.
— 200. 504. 559. 562.
— Besnier und Brocq, La Pratique dermatologique 557.
Jacksch 331. 453.
Jackson, Henry 294. 450.
Jacoby, S., Beitrag zur Bottinischen Operation 609.
Jacontini, Fötale Variola ohne Variola der Mutter 399.
Jeanselme, Die Trichophytie menschlicher und tierischer Herkunft 462.
Jadassohn 63. 156. 200. 287. 323. 331. 429. 480. 483. 484. 486. 487.
Jaja, Beitrag zum Studium der immediaten Urethralnaht bei den traumatischen Rupturen 596.
Jamieson 169. 206.
— und D. A. Welsh, Pemphigus vegetans 295.
Janet 116. 161. 196. 199. 322. 555. 589.
Janowsky, Th. G., und W. K. Wyssokowicz, Ein Fall von Dermatomyositis 49.
Januszkiewicz 228. 232.
Jarisch 107. 109. 169. 206. 555.
Jenner 52.
Jerusalem, Zur Therapie des Erysipels 463.
Jesionek 146.
Jessner, Die ambulante Behandlung der Unterschenkelgeschwüre 33.
— Dermatologische Heilmittel 173.
— Referate 38. 48. 56. 88. 90. 91. 96. 115. 116. 128. 135. 178. 181. 187. 193. 198. 202. 244. 245. 315. 320. 336. 341. 348. 353. 385. 387. 391. 392. 402. 405. 430. 434. 443. 445. 446. 449. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 563. 585. 588. 589. 590. 591. 593. 595. 597. 600. 606. 613.

Imbart 595.
Immermann 91.
Ingra 200.
Joannovics 330. 331.
Jobst 308.
Jörg 168.
Johnson, R., Aktinomykose in der Parotisgegend 55.
Johnston, J.C., Präcarcinomatöse Keratose, wahrscheinlich hervorgerufen durch X-Strahlen 86.
Johnstone, R. J., und English, Vortäuschung von Urininfiltration durch Blutaustritt unter der Perinealfascie 189.
Jones, H. L., Die Behandlung der Acne pustulosa 47.
Jones, R., Das Ergrauen des Haares in Bezug auf Erregungszustände; eine anthropologische Bemerkung 92.
Jopson, Eingekeilter Calculus in der Harnröhre von Kindern 130.
Jordan, A., Referate 106. 198. 202. 253. 390. 442. 445. 448. 488. 507. 508. 509. 516. 562. 563. 594.
Joseph, Jacques, Über einige weitere operative Nasenverkleinerungen 564.
Joseph, M., Über die Resorcinbehandlung des Lupus vulgaris und der Tuberculosis verrucosa cutis 443.
— Über Bromocollum solubile 114.
— 256. 341. 359. 364. 496. 562.
— und Piorkowski, Beitrag zur Lehre von den Syphilisbacillen 446.
Jos, Erysipelas gangraenosum und Streptokokkenserumtherapie 51.
Joüon, Über die extraperitonealen Zerreifsungen der Harnblase nach Beckenfrakturen 551.
Isaac, Oedema Scroti und Penis 105.
— 359. 360. 447.
Jürgens 320. 447.
Juler 228.
Juliusberg, F., Über „kolloide Degeneration" der Haut, speziell im Granulations- und Narbengewebe 287.
Jullien, Die Rolle der Lymphdrüsen bei der tuberkulösen und syphilitischen Infektion 35.
— Die Quecksilbereinspritzungen 381.
— Die Bartholinitis und ihre Behandlung 505.
— 46. 292. 341. 467. 481. 582.
Jung 354.
Justi 329. 330. 331.
Justus 158. 159. 447. 548.
Ivanchich 177.
Iványi, 138 neuere Fälle von extragenitaler Syphilisinfektion 445.

Kaczanowski 440.
Kaliski, F., Ein Beitrag zur Pentosurie 616.
Kallenbach 561.
Kaposi 48. 107. 108. 109. 152. 154. 168. 195. 206. 209. 232. 249. 253. 254. 256. 364. 427. 498. 558.
Karg 206. 210. 211. 212.
*v. Karwowski, A., Ein Fall von Neurofibromatosis mit starker Beteiligung der Haarbälge 409.
*— Ein Fall von positivem Gonokokkenbefund in einem epididymitischen Abscefs 517.
Karvonen, J., Behandlung der Papillome der Harnröhre 243.
Kassal, Über die Aktion des Quecksilbers auf das syphilitische Gewebe 548.
Kassowitz 469.
Kattenbracker, Fortschritte auf dem Gebiete der Finsenschen Lupusbehandlung 443.
*Kaufmann, R., Stypticin als lokales Antiphlogisticum 97.
— 167.
— Socin, Burckhardt, Die Verletzungen und Krankheiten der Prostata 165.
Kawka 394.
Kellner, Hermaphroditismus lateralis 128.
Kelly 194.
Kende 451.
Kermorgant, Gefahren, die uns durch die Lepra drohen 582.
Kerley, Schlechter Ernährungszustand als Zeichen von kongenitaler Syphilis 454.
Kesjakoff, Protargol bei Blennorrhoe 204.
Keyes 237.
Kiesel, Lehre von der Blastomykosis cutis 489.
Kjeldsen 443.
Killebrew, Die Blennorrhoe des Weibes 116.
Kingsbury, Das nervöse Element beim Ekzem den Kinder 38.
Kinnaird, X-Strahlen-Behandlung in Fällen von Lupus und Epitheliom 407.
Kipp, Fr., Anwendung des Chinosol (oxychinolin-sulfosaures Kalium) 353.
Kirk 4. 5. 191.
Kittel, Die gichtischen — harnsauren — Ablagerungen im menschlichen Körper 171.
Klebs 52.
Klemperer, G., Über Entstehung und Verhütung von Oxalurie und oxalsauren Nierensteinen 192.
— 199. 615.
Klingmüller, V., Mikroskopische Untersuchungen über die Bedeutung der Reaktionszone nach Tuberkulin-Injektionen 158.
*Klotz, G., Zur Behandlung der chronischen Gonorrhoe mit Oberländerschen Dilatatoren 285.

Klotz, G., Die Behandlung der akuten und subakuten Blennorrhoea anterior mit rückläufigen Einspritzungen stärkerer Silberlösungen 236.
Klug 358.
Knapp, Färbung des Harnsediments mit alizarin-sulfosaurem Natron 188.
Knies 228.
Koch, R. 97. 158. 168. 406. 407. 448.
Koch, J. M., Einige kleine praktische Winke für die dermatologische Therapie 348.
Köbner 138. 154. 167. 257. 296. 467. 534.
Koehler, H. K., Akne und ihre Behandlung 46.
Koehler, H., Harnröhrenstriktur beim Mann 594.
Kölbl 363.
Königsdorf 415.
Königstein 306.
Kohn, S., Beitrag zur aseptischen Methode der Schutzpockenimpfung 402.
— 214.
Kollmann, Ein neues Instrument zur Abtragung von gutartigen Blasentumoren 598.
— 131. 361.
Koplik 399.
Korach 395.
Kossmann, R., Die Blennorrhoe der weiblichen Geschlechtsorgane 208.
Kovács 177.
Krafft-Ebing 452.
Kracht 206.
Kramsztyk, Erythema scarlatiniforme desquamativum recidivans 111.
Kraske, Über suprapubische Cystoskopie 126.
— 527.
Krassnoglasow 489.
Kraus 168. 216.
Krause 348.
Krauss 61.
Krebs 560.
Krefting 282. 284. 495.
Kreis, O., Kraurosis und Ulcus rodens vulvae 195.
Kreissl 609.
Kreissl, F., Über Dauerresultate, Mißerfolge und Rückfälle nach der Bottinischen Operation (für Prostatahypertrophie) 608.
Kriege 414. 415.
Kromayer, E., Neue biologische Beziehungen zwischen Epithel und Bindegewebs-Desmoplasie 546.
— 170.
Krompecher 426. 549.
Krückmann 57.
Krukenberg, Über die Behandlung des Erysipels im „roten Zimmer“ 505.
Kudisch, W., Sarcoma cutis idiopathicum Kaposi 498.
Künstler 320.
Kutna, Über den Wert der Frühbeschneidung (rituelle Circumcision) 590.
Kwjaskowski und K. Wagner, Herzsyphilis mit starker Erweiterung der Pulmonalarterie 448.

Lacassagne 373. 374.
Lagneau, M. 465.
Laguerre und Audry, Akrokeratodermia hereditaria et familiaris 321.
Lahmann 415.
Lambotte, Ein Fall von Addisonscher Krankheit 515.
Lancashire 377. 378.
Lancereaux 526.
Landau, R. 204.
Landouzy 482. 485.
Landsteiner 603.
Lane 481.
Lang 61. 64. 154. 242. 461. 493.
Lange 452.
Langhans 59. 71. 73.
Lanz, A., Über die durch einige Primelarten hervorgerufene Hautentzündung 390.
— Bromocell bei Juckreiz 563.
Laquerrière und Zimmern, Die elektrische Behandlung der Fissura dolorosa ani 391.
M'Laren, Intraperitoneale Ruptur der Blase — Beschreibung zweier Fälle, von denen einer nach der Sutur heilte 597.
Larini 206.
Larnelle 455.
Laskowski, Die Vibriersonde 592.
Lassar, Die Belehrung des Publikums über die venerischen Krankheiten 433.
— 40. 46. 152. 153. 459. 484. 499. 560. 561.
Lauenstein 394. 605.
Laurent, L., Zum Nachweis von Eiweiß im Harne 190.
— Die eitrige Epididymitis bei der Blennorrhoe 202.
De Lavarenne, Die Frage der Alopecia areata 562.
Lebedew, Ein Fall des sogenannten „Pemphigus syphiliticus adultorum“ 495.
Lebert 287.
Lebon, H., Die Behandlung der dermatologischen und venerischen Erkrankungen durch Ströme von hoher Spannung und hoher Frequenz 438.
Léculier, Syphilis ohne Primäraffekt 444.
Ledermann, R., Erythromelieähnliche Affektion 106.
— Über Resorbin 300.
— Die Untersuchung von Ehestandskandidaten mit Bezug auf vorangegangene Geschlechtskrankheiten 344.
— 541.

Ledermann, R., und S. Blanck, Die mikroskopische Technik im Dienste der Dermatologie 113. 319. 433.
Lee 4.
Lee, E. W., Die Radikalbehandlung des Carcinoma penis 592.
Legueu, F., Perinealer Harnröhrenschnitt und Prostatektomie 436.
— Die Entzündungsherde im Nebenhoden 604.
Leistikow 170.
Leloir 582.
Lemoine 222. 224. 226.
Lendorf, A. 434.
Lenglet, E., Wie verhält man sich gegen ulceröse Neubildungen der Zunge und Mundschleimhaut? 511.
— 558.
Lenhartz 193. 194. 506.
Leonard, Die Exaktheit der negativen Röntgen-Diagnose bei Verdacht auf Nephritis und Urethritis calculosa 194.
Lépine 222. 224.
Leprevost 200.
*Leredde, Über eine Verbesserung in der Behandlung der schweren Formen der Syphilis 218.
— Behandlung des Pruritus ani und Pruritus vulvae mit Strömen von hoher Frequenz 94.
— Die aseptische Methode in der Behandlung der Hautkrankheiten 346.
— Die exfoliierende Methode bei der Behandlung der Dermatose (Akne, Lichenifikation, Psorospermose) 347.
— Die Indikationen der Phototherapie in der Behandlung des Lupus und der begrenzten Dermatosen des Gesichts 442.
— 295. 382. 558.
Leser 86.
Lespinne 491.
Lesser, E., Über ein die Krebskrankheit beim Menschen häufig begleitendes, noch wenig gekanntes Symptom 85.
— Über Ehe und venerische Krankheiten 343.
— Über die Lichtbehandlung von Hautaffektionen nach der Finsenschen Methode 348.
— Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 542.
— 104. 105. 142. 152. 153. 540. 541.
Lesser, Fr., Experimentelle Untersuchungen über die gleichzeitige Darreichung von Quecksilber- und Jodpräparaten 157.
Levack, Behandlung eines Falles von Ulcus rodens mit X-Strahlen 87.
Levaditi, Beiträge zum Studium der Mastzellen und der Mastzellen-Leukocytose 338.
*Leven, Leonhard, 1. Alopecia areata totalis (maligna) mit Nagelatrophie. 2. Genuine Hodenatrophie, Azoospermie und Impotentia coeundi 149.
Leven, Leonhard 238.
Levi, J. V. 602.
Levis 604.
Levor, Max, Referate 50. 51. 87. 93. 94. 122. 131. 132. 186. 187. 194. 329. 340. 344. 345. 350. 396. 399. 400. 401. 402. 403. 407. 443. 447. 510. 554. 555. 593. 596. 597. 598. 601. 602. 608. 609. 614.
Lévy, G., Ein interessanter Fall von Alopecie 321.
Lewin 15. 21. 94. 467. 530. 531. 532. 534. 536.
Lewinberg 63.
Lewis, B., Über die operative Behandlung der Prostatahypertrophie 298.
— 194.
Leyden, Die Behandlung des Scharlachs mit Rekonvalescentenserum 396.
— 455.
Lextrait, Gandillon und Gaucher, Hydrargyrum lacticum bei Syphilis 457.
Liebermann 333.
Lieven, A., Über Leukoplakia buccalis 43.
Limbeck 433.
Lindemann, E., Blütenlese von Geheimmitteln und Cosmetica 408.
Lindt 206.
Lipp 169.
Lisle 341.
Litten 433.
Little, E. G., Ein Ausschlag im Verlaufe der Diphtherie 296.
— 451.
Littré 130. 319.
Locatelli und Fiocco, Über die Wirkung der Massage auf die Haut 122.
Loeb, R., Ein statistischer Beitrag zur Prophylaxe der geschlechtlichen Krankheiten 315.
Löffler 52. 214. 216.
Loewald, A., Referate 35. 37. 38. 55. 87. 90. 92. 123. 126. 129. 131. 133. 177. 180. 184. 189. 197. 203. 337. 341. 344. 346. 348. 349. 350. 351. 353. 354. 385. 388. 393. 394. 405. 406. 449. 452. 455. 456. 461. 564. 582. 584. 588. 596. 616.
Loewenhardt 133.
Löwenheim, Über die Infektiosität alter epididymitischer Reste 180.
Loewy, M., Ein Fall von Keratoma palmare et plantare hereditarium 114.
Lohnstein, H., Beitrag zur Technik der Janetschen Spülungen der Harnröhre 116.
— Impotenz als Folge traumatischer Prostatitis 183.
— Über die Reaktion des Prostatasekretes bei chronischer Prostatitis 606.
— 605. 606.

Lombroso 370. 371. 374. 375. 387.
Londe, P., Zur intermittierenden Albuminurie bei Scharlachnephritis 396.
London 603.
Longuet, Über die extraseröse Versetzung des Hodens und ihre Anwendung bei der Hydrocele und Varicocele 182.
Lorenz 467. 468. 469.
Lortet 349. 381. 442. 443. 489. 498.
Lotz, Th. 402.
Loumeau, Grofser Abscefs der Prostata, die sich zugleich nach Urethra und Rectum eröffnete 188.
Low 123.
Lubarsch 156. 433. 520.
Lucas, A. 370.
Ludeck 341.
Lumière 355. 384.
Luithlen, Fr. 167. 168.
Lusitanus, A. 465.
Lustgarten 19. 20. 23. 206.
Lustig 216.
Lüthje, Über die Wirkung von Salicylpräparaten auf die Harnwege nebst einigen Bemerkungen über die Genese der Cylinder und Cylindroide 613
Luys 246.
Luzzatto, Die chronische Pentosurie 616.
Lydston, G. F., Allgemeine medikamentöse Behandlung bei Syphilis 37.

McGill 124.
Mac Ilwaine, Myxödem bei Mutter und Kind 516.
Mac Leod, Die histologischen Veränderungen, welche durch die Lichtbehandlung hervorgerufen werden 379.
— 378.
Mac Millan, Antistreptokokkenserum bei Erysipel 52.
Mc Phedran und Godlie, Ein Fall von Indigourie 192.
de Magalhães, Über einen autochthonen Fall von Piedra 123.
Mager, W., Hautmelanose bei Pankreaserkrankungen 90.
Mahmoud, Lepra, Elephantiasis graecorum, Al Gosam 404.
Majocchi 432. 553.
Maire 381.
Malassez 323.
Malato und Sanfelice, Studien über Pocken 543.
Malherbe, H., Sekundäre Syphilis mit Hysterie, Polydipsie und Polyurie 321.
Malpighi 11. 12. 108. 242. 287. 512. 555.
Malyschew 360. 489.
Manega, Hernia cruralis vesicae. Resektion. Heilung 597
Mannaberg, J., Fieberhafte Lebersyphilis 449.
— 19. 20. 23.
Mantegazza, Ein Fall von Haemato-Lymphangioma cysticum superficiale 324.
— Histologische, bakteriologische und experimentelle Untersuchungen über das Rhinosklerom 509.
— 216.
Marchand 330.
Marchese und Parascandolo, Das Currettement der Blase bei Cystitis 135.
Marchetti, Die Kryoskopie der Hydrocelefiüssigkeit 181.
— und Stefanelli, Einige Untersuchungen über den Stoffwechsel in einem typischen Falle von Addisonscher Krankheit 89
Marckwald 438.
Marcou, Faktoren für die Schwere der Syphilis 445.
— Dystrophische Stigmata der Pupillen bei hereditärer Syphilis 453.
Marcus 15. 16.
Marcuse, M., Zur Kenntnis der Hauthörner 108.
Mares 364.
Margulies, M., Syphilis der Blase 116.
Marianelli 296.
Mariani und Antonini, Die Toxicität des Blutserums bei frischer Pellagra und die antitoxische Kraft des Blutserums geheilter Pellagrakranker 113.
Marie, P., Die spastische syphilitische Paraplegie 453.
— 596.
— und Brissaud, Über die Nachteile der intensiven Quecksilberbehandlung bei der syphilitischen, spastischen Paraplegie 452.
Maries 2.
Markus, Albert, Eine neue Behandlungsmethode der Blennorrhoe 318.
Markusfeld 492.
Marmorek 98.
Marotte 446.
Marschalkó 329. 331.
Martin, Edw., Die chirurgische Behandlung der Sterilität nach Obstruktion in der Epididymis. Nebst einer Studie über die Morphologie der menschlichen Spermatozoen 602.
Martin, S. C., Beobachtungen über die Kahlheit 160.
— Behandlung der Akne 161.
Martinet, Das Hermophenyl als Antisepticum und Anisyphiliticum 355.
— Welche Zwischenfälle vermag das Chinin hervorzurufen? 385.
Martinotti 65.
Martins 561.
Marx 99.

*Marullo, A., Eine neue Färbungsmethode für Kollagen 578.
Masslowski 197.
Matoni und A. Solari, Ein Fall von Pocken-Rezidiv 899.
Matsuura, Die Dickenschwankungen des Kopfhaares des gesunden und kranken Menschen 545.
*Matzenauer, Rudolf, Pagets disease 205.
*— Muskelsyphilis im Frühstadium 465. 523.
— Noma und Nosocomialgangrän 236.
Mau 194.
— und Bertelsmann, Das Eindringen von Bakterien in die Blutbahn als Ursache des Urethralfiebers 198.
Mauclaire, Spontane hämorrhagische Nekrose des Hodens ohne Torsion des Samenstranges (senile Gangrän des Hodens, Apoplexia testiculi) 326.
— Transplantation des Hodens, Anwendung zur Behandlung der Hodenektopie 551.
Mauriac 465. 466. 530. 534.
Mazza 216.
van Meenen 484.
Meige 389.
Meinertz 329.
Mekus 168.
Melchior 13. 21.
Melis 485.
Ménard, Die radiographischen Verbrennungen 391.
Mendel, F., Über die therapeutische Verwendung des kakodylsauren Natrons und die intravenöse Arsenbehandlung 353.
Mendelejew 363.
Mendes Da Costa 487.
Méneau, J., Ein weiterer Fall von Parakeratosis variegata 321.
— Die Blastomykosis der Haut 323.
— und La Bourboule, Ein Fall von Erythema persistens 165.
Metscherski 489. 516.
Menzer, Über Angina, Gelenkrheumatismus, Erythema nodosum und Pneumonie, nebst Bemerkungen über die Ätiologie von Infektionskrankheiten 49.
Mercer und Rolleston, Eine ungewöhnliche, oberflächliche Dermatitis im Anschluſs an Typhus 293.
Mering 335.
Merk, L., Nekrolog für A. Jarisch 107.
— Einige Lebensvorgänge in der menschlichen Epidermis 335.
Méry 395.
Metschnikoff 65. 495. 545. 603.
Meuron 483.
Meyer, W. 187.
Mibelli, Krankheiten der Haut 554.
— 213. 216. 329.
Michaelis, L., Einführung in die Farbstoffchemie für Histologen 332.
— Über Mastzellen 337.
— Zur Theorie der Fettfärbung 339.
— Behandlung des akuten Ekzems nach physiologischen Grundsätzen 459.
— Leitende Gesichtspunkte bei der Blennorrhoebehandlung 204.
— und Alfred Wolff, Über Granula in Lymphocyten 339.
Michaelis, Max 199. 337.
Michels, R., Zur Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten 114.
Miclescu, Die Harnsteine der Blase und ihre operative Entfernung 177.
Migula 213. 214.
Mikulicz 92. 509.
Minet und Desnos, Zur Kenntnis der Orchitis der Prostatiker 436.
Minne, Die Trichophytien im Krankenhause zu Gand 192.
Minod 485. 486.
Mintz, W., Technische Bemerkungen zur Winkelmannschen Hydrocelenoperation 605.
Mitafsis 560.
Mitcherlich 333.
Mittelbach 191.
Möller, J. 140.
Möller, M., Naevusstudien 426. 549.
— 350.
Mörner 571.
Mohs 61.
Moltschanow, Über die blennorrhoischen Erkrankungen des Nervensystems 201.
Monod 181.
Du Mont 561.
Montesano, Über einige Veränderungen in den Lymphdrüsen bei den dystrophischen Dermopathien 344.
Montgomery, F. H., Vorläufiger Bericht über 2 Fälle von Hautblastomykosis (blastomycetische Dermatitis Gilchrist) 119
Monti 363.
Monthus, Die Veränderungen am Auge beim Xeroderma pigmentosum 324.
Moore 454.
Morax 216.
Morel und P. Thomas, Untersuchungen über den Skorbut 389.
Morgagni 319.
Morgenstern, E., Über Psoriasisbehandlung 460.
— 482. 483.
Morochowzeff, Das Geschwür von Pende 106.
— 107.
Morris, C. C., Dermoidcyste des Hodens 179.
Morris, M., Psoriasis 379.
— 295.

Morrow, A., Bericht der Siebener-Kommission über die Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten in der Stadt New York 342.
Morsier 485.
Morvan 490.
Moschkowitz, Über Anurie 587.
Moullin, M., Der gegenwärtige Stand der Behandlung der Prostatahypertrophie 610.
Mosso 159.
Moszkowicz, Eine einfache Befestigungsart für den Dauerkatheter 127.
Motschutkowski 451.
Motz und Albarran, Beitrag zum Studium der makroskopischen Anatomie der hypertrophischen Prostata 325.
Moulton, E. S., Kongestion der Prostata 160.
Mouquet, Strafsenschmutz und Hautaffektionen bei Tieren 440.
— Über „Dourine" (Beschälkrankheit) 502.
Moxon 161.
Moxton 603.
Mraček, Handbuch der Hautkrankheiten 167.
Mudd und Smith, Fall von malignem Milzbrandödem 55.
Müller, C., Referate 40. 51. 54. 55. 90. 93. 94. 123. 129. 132. 176. 178. 181. 182. 186. 191. 195. 217. 258. 553. 593. 596. 600. 602. 616.
*Müller, G. J., Imprägnierte medikamentöse Puder 102.
Müller, Jos., Das sexuelle Leben der Naturvölker 174.
— Das sexuelle Leben der alten Kulturvölker 175.
Müller, Julius 189.
Müller 108. 134. 211. 412. 414.
Münchheimer 282. 284. 285.
Munter, Massage der Geschwüre 504.
Murphy 609.
Murri, A., Über den Bronze-Diabetes 515.
Mutschler 3.

Naecke 451.
Nagelschmidt, Die baktericide Kraft des Lichtes 153.
Nancvede und W. H. Hutchings, Eine bakteriologische Studie über die Katheterisierung 127.
Naphtali 359.
Napp, Über einen Fall von langdauernder zweiter Inkubationszeit bei Syphilis 429.
Narath 181.
Nathanson 333.
Nauwerck 527.
Negrete, Über Cystitis im allgemeinen 132.
Negretto, Radikalbehandlung der Ischurie infolge von Prostatahypertrophie mittelst Kauterisation der Prostata auf rektalem Wege 186.
O'Neill 206.
Neisser, A., Zur Erinnerung an den 25jährigen Bestand der Breslauer Hautklinik 1877 bis 1902. Rückschau und Ausblick 154.
— Platos Versuche über die Herstellung und Verwendung von „Trichophytin" 156.
— 154. 180. 204. 364. 460. 480. 485. 486. 517. 522.
Nékám, Fall von Argyrie 123.
Nélaton 177. 203.
Nestler 2. 7. 8.
Neubeck, R., Quecksilbervergiftung mit tötlichem Ausgange nach Einspritzungen von Hydrargyrum salicylicum 316.
Neufeld 387.
Neugebauer, F., Ein interessanter Fall von zweifelhaftem Geschlecht 585.
Neuhaus, Über Syphilisbehandlung 454.
— 387.
Neumann, J., Über Keratosis universalis congenita 286.
— 64. 207. 232. 282. 295. 331. 463. 468. 472. 524. 527. 529. 530. 532. 533. 534. 536.
De Névrezé und Chompret, Lymphangiektasien des Mundes (Varicen der Lymphgefäfse) 91.
Niclot 446.
Nicolle 216. 239. 609.
v. Niessen, Der Masernbacillus 239.
— Betrachtungen über de Lisles und Julliens Syphilisbacillen 341.
— 447.
Nietert, Bericht über die Ureteren-Katheterisierung im St. Louis City Hospital 194.
Nitze 133. 500. 501. 589. 598.
Nobl, G., Klinischer Beitrag zur Biologie der Gonokokken 198.
— Zur Histopathologie der venerischen Bartholinitis 242. 289.
Norris, H., Ein ausgedehnter Fall von Vitiligo 93.
Notta 466. 530. 534.

Oberländer 196. 243. 285. 501.
Oberst 591.
v. Oefele, Studien zur mittelniederdeutschen Parasitologie (Belegquellen für mittelniederdeutsche Parasitologie) 95.
— Prähistorische Parasitologie nach Tierbeobachtungen 95.
Oehmer 168.
Oestreicher 4.

Ohmann-Dumesnil, Ein Fall von Keratosis palmaris et plantaris 462.
— 415.
Ogston, A., „Veld"-Wunden 50.
Oldacres 8. 5.
Oliver, C. A., Experimentalstudien über den Einfluß von Farbenveränderungen auf Pigmentbakterien 342.
Olshausen 168.
Omelschenko, Die pathologische Anatomie der Primärperiode der Syphilis 496.
Orendorf, Organische Harnröhrenstriktur 162.
Orlipski, Beitrag zur unblutigen Phimosenbehandlung 589.
Oro 121.
Orth 329.
Ostermayer 469. 580. 588.
Ostertag 156.
Otis, W. K., Das moderne Urethroskop 125.
— 181. 196.
Oudin 489.

Paget 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 493. 512.
Paltauf 218.
Panas 223.
Papiliau 485.
Pappenheim, Weitere kritische Bemerkungen zum gegenwärtigen Stand der Plasmazellenfrage nebst einem Anhang, die Histogenese des Tuberkels betreffend 329.
— Referat 331.
— 76. 77. 78. 548.
Parascandolo u. Eugenio Marchese, Das Carrettement der Blase als Behandlungsmethode der Cystitis. Experimentelle Studien 135.
Paraskevas, Beitrag zum Studium der Lepra: Die Ätiologie der Lepra 559.
Parrot 392.
Paschkis, R., Zur Kenntnis der accessorischen Gänge am Penis 234.
*Pasini, A., Über das Vorkommen von Geißeln beim Rhinosklerombacillus und über die Agglutinationserscheinungen desselben 213.
— Klinische und histologische Bemerkungen über das Keratoma palmare et plantare hereditarium 328.
— Zur Histologie und Pathogenese des Hauthorns 553.
Patoir, J., Die Harnabsonderung bei Syphilitischen 450.
Paulsen, Bacillus, der zweimal aus dem Blute eines Syphilitikers gezüchtet wurde 341.
— 341.
Pawlik 194.
Pawlow, P., Ein Fall von Dystrophie papillaire et pigmentaire (Acanthosis nigricans) 494.
Pawlowski 510.
Pearce 592.
Peile, Plötzlicher Exitus letalis während des Katheterisierens; Autopsie 595.
*Pelagatti, M., Die Hautsarkomatose 249.
— Einige Worte als Entgegnung an Herrn Dr. Delbanco in betreff der sogenannten Zelleneinschlüsse 311.
— 59. 65. 66. 67.
Pellacani 159.
Pellizzari 213.
Pennington 602.
Perls 64.
Pernet, G., Bericht über eine durch Pediculi capitis bedingte Familienepidemie von Impetigo contagiosa bullosa 46.
— Lepra und kongenitale, symmetrische Keratodermi 582.
— 578.
Peroni 485. 487.
Perrin 355.
Petersen, O., Ein Fall von Orientbeule (Aschabadka) behandelt mit Finsenscher Phototherapie 55.
— Die tuberkulösen Erkrankungen der Haut und ihre Beziehungen zu den inneren Organen 406.
— Die Bedeutung der russischen Dampfbäder im Kampfe gegen die ansteckenden Hautkrankheiten 499.
— 197. 363. 485. 489.
Petersen, W., Beiträge zur Lehre vom Carcinom: Über Aufbau, Wachstum und Histogenese der Hautcarcinome 94.
— Über den Aufbau des Carcinoms und seine plastische Darstellung 85.
Petit 21. 23. 24. 25. 30. 31.
Petit-Radel 465.
Petrini 481. 485.
Peyer, A. 133.
Pezzer 135.
Pezzoli, Über die Reaktion des Prostatasekretes bei chronischer Prostatitis 605.
— 358. 360. 606.
Pfaff 7.
Pflüger, Partielle Gangrän nach Injektion einer öligen Lösung von Hydrargyrum bijodatum 238.
Philippet, Die blennorrhoischen Osteopathien 200.
Philippi, Referate 36. 39. 40. 41. 42. 46. 49. 52. 53. 55. 85. 87. 92. 124. 125. 130 186. 178. 179. 183. 187. 189. 192. 342. 391. 393. 397. 401. 408. 425. 441. 442. 464. 494. 505. 510. 513. 514. 516. 554. 563. 595. 596. 600. 605.
Philippson, A. 302. 415. 418.
Philippson, L., Über die Necrosis circumscripta der Haut durch atmosphärische Einflüsse 328.

Philippson, L. 407.
Phillips 192.
Piccardi, G., Cystoepithelioma corneum oder Cystoakanthoma corneum (Epithelioma perlaceum) 329.
Pick, F. 8. 206. 364.
Pick, W., Psoriasis und Glykosurie 42.
— Über Granulosis rubra nasi (Jadassohn) 429.
Picot 397.
Pierson 485.
Piétri, Behandlung der Variola mit Bierhefe 400.
Pighini, Über einen Fall von syphilitischer Tabesparalyse 121.
Le Pileur 480. 481. 486.
Pilnoff, Über die pathologisch-histologischen Veränderungen bei Lupus vulgaris nach der Finsenschen Lichtbehandlung 441.
Pini, G., Ein Fall primärer Hautsarkomatose 242.
Pinkus, Felix, Haarscheiben neben den Lagunohaaren 105.
— Zur Kenntnis des Anfangsstadiums des Lichen ruber planus 107.
— Über einen bisher unbekannten Nebenapparat am Haarsystem des Menschen: Haarscheiben 316.
— Referate 104. 152. 540.
— 105. 152. 154. 330. 540. 541.
Piorkowski 341.
— und M. Joseph, Zur Lehre von den Syphilisbacillen 446.
Pirogoff 489.
Pismenni, Ein Fall von erworbener Atrophia cutis idiopathica 515.
Piza 4. 6. 8.
Plato 156. 333.
— und H. Guth, Über den Nachweis feinerer Wachstumsvorgänge in Trichophyton- und anderen Fadenpilzen mittels Neutralrot 340.
Pleasants, Die Dukessche „vierte Krankheit" nebst Bericht über eine atypische Scharlachepidemie 396.
Plonski, Alopecia areata 105.
Plowright 246.
Poirier 494.
Pollio, Über die Aktion des Quecksilbers auf das syphilitische Gewebe 158.
— 548.
Pollini 583.
Poncet 328. 511.
Pontoppidan 480.
Pooley 6.
Póor, F., Die Dystrophien der Zähne in der Diagnose der hereditären Syphilis 431.
— Über die bei Hereditärsyphilitikern im Gesichte auftretenden linien- u. strahlenförmigen alten Hautveränderungen 556.
Porosz, M., Über die Atonie der Prostata 115.
Porosz, M. 517. 518. 521.
Porter, Die Filzhutfabrikation; die verschiedenen Phasen und Hygiene derselben 391.
Poslawski 359.
Poscharisky, Die Bakteriurie der Kinder 495.
Posner, C., Fremdkörper in der Harnröhre des Mannes nebst Bemerkungen über die Psychologie solcher Fälle 526.
— 14. 15. 16. 17. 21. 26. 198. 320.
Pospelow, Morbus Addisoni 489.
— Die Radiographie in ihrer Verwertung für die Diagnose der Knochensyphilis 499.
— 107. 360. 488. 489. 507.
Potel und Carrière, Das Botryomykom 511.
Pourpre, L., Über die primäre Hautaktinomykose des Gesichts 55.
Pouseon, Über das operative Eingreifen bei Nierenentzündungen 245.
Powell, A., Dermatitis exfoliativa universalis 41.
— Weitere Beobachtungen über Framboesia oder Yaws und dessen Folgen; die Hühneryaws 58.
— Ist Yaws Syphilis? 58.
Priklonski, Versuche der abortiven Behandlung des Erysipels 489.
— 488. 489.
Pringle, J. J. 379. 415.
Profeta 291. 292. 445. 497.
Protin, Über eine neue Methode der Geschwürsbehandlung 507.
Proust, G., Die Prostatektomie bei erhöhter Dammlage 612.
Pusey, A., Akne und Sykosis, behandelt mit Röntgenstrahlen 119.
— Röntgenstrahlen in der Behandlung der Hautkrankheiten 350.
Pusinell, Diffuse Sklerodermie 93.

Queyrat 484. 485.
Quincke 340.

Rabé, M., Wege der Pigmentausscheidung beim Bronze-Diabetes 514.
— Pathogenie des Bronze-Diabetes 514.
Rabelais 56.
Rabl 414. 417.
v. Rad, Ein Beitrag zur Kasuistik des akuten umschriebenen Ödems (Epileptische Insulte im Verlaufe des Hydrops hypostrophos) 388.
McRae, Prostatectomia suprapubica 612.
Rafin, Ein Fall von plastischer Induration der Corpora cavernosa 129.
— Behandlung der Dysurie der Prostatiker mit der Bottinischen Operation 186.

Rafin, Eingekapselte Blasensteine 245.
— und Verrière, Anuria calculosa 600.
Rahr, Sclerema cutis simplex 488.
Ramazzotti, Die Pathogenese und Histologie des Condyloma acuminatum 121.
— 482.
Ransohoff 43.
Ranvier 512.
*Rasch, Histologisches über Kaliätzung 261.
*— Verbesserung der Zinkleimdecke 477.
*— Zur Histologie des elastischen Knorpels 565.
— Berichtigung 356.
— 580.
Raskali, Zur Histologie der blennorrhoischen Strikturen der Harnröhre 244.
Ratzikowsky 438.
Rauch 358.
Ravasini, Zur Kasuistik der Fremdkörper in Harnröhre und Blase 593.
Ravenel, Ein Fall von Tuberkulose der Haut nach zufälliger Infektion mit dem Rindertuberkelbacillus 407.
Ravogli, A., Ein Fall von Dermatitis exfoliativa neonatorum (Ritter) 41.
— Ein Fall von Erythroderma squamosum 41.
— Klinische Bemerkungen über den chronischen Tripper (gleet) 195.
— Die Gonokokken in den Sekreten 198.
— 206.
Rayer 170. 294. 295.
Raymond 492.
Raynaud 152. 386. 550.
Reale, A., Offener Brief an Professor Truffi 122.
— 8. 482.
Réaumur 135.
Recklinghausen 90. 167. 409. 415. 416.
Reecke 308.
Regnier 532.
Reichenbach 333.
Reichmann, M., Zur Behandlung der „chronischen, nicht blennorrhoischen Urethritis" (Waelsch) 595.
Reid, J., Abschuppung 346.
Reinbach, G., Hämorrhoiden im Kindesalter und über das Wesen der Hämorrhoidalaffektion überhaupt 92.
Reinecke, Über einige Fälle von schwarzer Zunge 44.
Reinhardt, Seltener Fall von Impfkomplikation 401.
Reinhold 168.
Reissner, Fall zur Diagnose (Syphilis? Porokeratosis oder Lichen ruber atrophicans?) 104.
Reitzenstein, A., Sind die im relativ frühen Alter und in verhältnismäßig großer Zahl auftretenden Angiome der Haut für die Diagnose des Carcinoms zu verwerten? 513.
Reminge 170.
Remy 206.
De Renzi, Sklerodermie 94.
Rethaan-Macaré 483. 487.
Reynès, Behandlung der Syphilis mit Hermophenylinjektionen 384.
— 355.
Ribbeck 330.
Richardson 601.
*Richter, Zur Spickmethode 81.
Richter, Paul 14. 21. 430. 481.
Ricord 465. 466. 467. 523. 526. 531.
Riehl 2. 8.
Rigby 168.
Rille, J., Über Acanthosis nigricans 89.
— Lehrbuch der Haut- und Geschlechtskrankheiten 334.
— Zur Frage der Arsenikdermatose 391.
— 37. 169. 335.
Rinehart, Die Behandlung epithelialer Hautkrebse und nichtparasitärer Sykosis mit X-Strahlen 87.
— Die Verwendung der Röntgenstrahlen bei Hautkrebs etc. nebst Bericht über einen (damit behandelten) Fall 513.
Ritter 167. 447.
Roberts, L., Tinea mikrosporon der Katze 379.
— 379.
Robin, A. 221. 222. 224.
Robson, M., Hochgradige Blasenkontraktion durch allmähliche Spüldehnung behandelt 134.
de la Roche, Zwei Fälle von extragenitaler luetischer Infektion 445.
Roemisch 389.
Röntgen 378. 494. 499.
Roger, H, Die Pocken in Paris 397.
— Purpura métamérique minutissima 389.
— Über die Diagnostik der Variola 399.
— Anomalien der Genitalien 585.
— und Emil Weil, Gutartige Gangrän der Augenlider 53.
— — Die Prodromal- oder Begleitausschläge der Pocken 398.
— — Neue experimentelle Untersuchungen über Variola 398.
Rohleder, Die Masturbation 34.
— 358. 361. 362.
Rolleston und J. W. Mercer, Eine ungewöhnliche, oberflächliche Dermatitis, die im Verlaufe eines Typhus auftrat und einige Ähnlichkeit mit Psoriasis rupioides zeigte 293.
Rollet 517.
Romanowski 339.
Róna, Zwei Fälle von Ulcus molle serpiginosum 48.
— 64. 65. 69. 70. 72. 73. 200. 319. 481.
Rose 598.
Rosenbaum, Über die diagnostische Bedeutung der Angiome der Haut 513.
— 357. 358. 359. 361. 364. 368.

Rosenfeld, F., Die syphilitische Dünndarmstenose 449.
Rosenfeld, G., Zur Unterscheidung der Cystitis und Pyelitis 135.
— 467. 534.
Rosenow, Über die Komplikation von Blasenstein und Tumorbildung in der Blase nebst Bericht über einen derartigen Fall 600.
Rosenthal, O., Eigentümliche strichförmige Längsnarben 105.
— Ein Fall von Arsenintoxikation 431.
— 104. 105. 152. 154. 467. 534. 540.
Rosin, H., Über die rationelle Behandlungsmethode der Oxalurie 615.
— 145. 547.
de Rossi 214.
Roth, E., Die Radikaloperation der Prostatahypertrophie 187.
Rothschild, Beitrag zur Kenntnis gerinnselartiger Gebilde im Urin 189.
Rotky, H., Über einen Fall von syphilitischer Periostitis und gummöser Affektion einer Niere 449.
Routier 518.
Rovsing 13. 14. 20. 21. 22. 23.
Rowlands, Initialsklerose am Thorax 55.
Ruhemann, J., Eine einfache Methode zur sofortigen quantitativen Bestimmung der Harnsäure im Urin 188.
Ruhmkoff 93.
Runge 304. 309.
Rusch, P., Ein Fall von schwerer Pyrogallolvergiftung 353.
— Zur operativen Behandlung des Rhinophyma 509.

Saalfeld, E., Zur Ichtharganbehandlung der Blennorrhoe 203.
— 105. 152. 154. 362.
Sabouraud 45. 150. 562. 616.
Sachs, B., Sklerodermia und Sklerodaktylie 94.
Sachs, O., Experimentelle Untersuchungen über Harnantiseptica 613.
*Sack, A., Zu der von Dr. Rasch vorgeschlagenen Verbesserung der Zinkleimdecke 580.
— Über das Wesen und die Fortschritte der Finsenschen Lichtbehandlung 349.
— Referat 499.
— 172.
Sagebiel 363.
Sailer, Zwei Fälle von Abdominaltyphus mit Noma als Komplikation 52.
Salisbury 320.
Salkowski 317.
Salomon, O., Über sklerodermieartige Hautveränderungen nach Röntgenbestrahlung 110.
Samberger, Pemphigus vegetans 509.
Samuel 392.
Sand, Beobachtungun über Lepra 581.
Sandwith 387.
Sanfelice und V. E. Malato, Studien über Pocken 543.
Santoliquido 484 485.
Sarbo 451.
Sart 65.
Satterwhite und Coley. Die Radikalkur der Hydrocele durch Injektionen von Karbolsäure 604.
Sauton, Ist die Lepra eine ansteckende Krankheit? 404.
— Über das Projekt eines „Sanatorium" für Lepröse in den Vogesen 581.
— 582.
Scannell, Ein (15,54 g schwerer Blasenstein bei einem zweijährigen Knaben; Operation, Heilung 178.
Scarenzio 382.
Schachmann, Fall von syphilitischer Myelitis 36.
— 36.
Schamberg, Ein Fall von hyphomycetischem Granuloma der Haut 435.
Scharff, P. 81.
Scharlau 168.
Schede 235.
Scherer, Die Parrotschen Pseudoparalysen bei angeborener Syphilis 112.
Scherk, K., Über Glykosurien, welche durch Anwendung von Giften erzeugt werden 615.
Scheu 168.
Scheube, Die venerischen Krankheiten in den warmen Ländern 350.
Schiff, E., Der gegenwärtige Stand der Röntgentherapie 350.
Schild, W., Das Atoxyl und seine dermatotherapeutische Verwendung 352.
— 105.
Schiller 34.
Schimmelbusch 563.
Schimpff und Balzer, Myiasis externa dermatosa 583.
Schlagintweit, Die endourethrale kaustische Excision der Prostata 499.
— Zur cystoskopischen Technik 586.
— Berichtigung 500.
— 115.
Schleich, Ist der Krebs wirklich eine Infektionskrankheit? 513.
— 99. 509. 589. 591.
Schlesinger 329.
Schliffka 127.
Schlossmann 385.
Schloth, Ein Prostataabscefs aus unbekannter Ursache 244.
Schmey 142.
Schmidt, H. E., Einige Versuche, betreffend den Einfluss des Lichtes auf das Wachstum der Haare und seine therapeutische Anwendung bei der Alopecia areata 547.

Thompson, J. A., Bericht über Lepra in Neu-Südwales im Jahre 1899 403.
Thompson, C. J. S. 308.
Thompson, H. 124. 125. 177.
Thomsen, Alexis 418.
Thomson, Ein auf einem Naevus am Rücken entwickeltes Carcinom 494.
— Keratosis pilaris 494.
Thomson, W., Die operative Entfernung der Prostata-Adenome 606.
Thümler 364.
Tichow 534.
Tilesius 415.
Tipzeff, Über die Behandlung der Elephantiasis mit Kalomel 507.
Török 107. 167. 206. 321.
Tomaszewski, Zur Frage des Malum perforans pedis, mit besonderer Berücksichtigung seiner Ätiologie 393.
— Zwei Fälle von Hauttuberkulose 406.
Tommasoli 206. 487.
Tonzig, C., Beitrag zum Studium der sogenannten desinfizierenden Seifen, mit besonderer Berücksichtigung der Kreolinseifen 348.
Topsent, E., Über einen Fall von subcutaner Larvenentwicklung beim Menschen 96.
Torello, Caspar 282.
Tóth, Die Behandlung der Blennorrhoe mit Albargin 555.
Toubert, J., Die Behandlung der Alopecia areata mit Jodkollodium 93.
Toussaint 117.
Touton 257.
Trambusti, Über die Ätiologie der Noma 52.
Trendelenburg 194.
Trillat 48.
Triplett, Ein Fall von eingeklemmtem Harnröhrenstein bei einem vierjährigen Knaben 593.
Troisfontaines 485.
Trombetta, Tuberkulöse Urethritis und Cystitis; Epyistotomie, Heilung 176.
Trouve 349. 442.
Truffi, M., Offener Brief an Prof. Reale 329.
— Ein Fall von Kerion, das durch das Achorion Schönleinii verursacht wurde. Granulom des Hautgewebes durch Vegetation des Achorion 553.
— 122. 329. 444.
Tschernow, Über ein nicht blennorrhoisches Infiltrat der Pars cavernosa urethrae 499.
— Über die blennorrhoische Prostatitis 499.
Tschiniew 451.
Tschlenoff, Syphilis und Elephantiasis vulvae 448.
— Über Pityriasis rubra (Hebra) 495. 496.
— 488.
Tschuschner, Eine Sarcoptesinvasion 563.
Tucker, Der Wert der Justusschen Probe, nebst einer Statistik 447.
Türkheim, Referate 13. 165. 227. 322. 325. 382. 583.
Le Tulle 446.

Ucke, Zur bakteriologischen Diagnose der Blennorrhoe 196.
Uhl, Zur Prophylaxe der Geschlechtskrankheiten 557.
Uhlenhuth und A. Westpfahl, Histologische und bakteriologische Untersuchungen über einen Fall von Lepra tuberosa anaesthetica mit besonderer Berücksichtigung des Nervensystems 405.
Ullmann, K., Nekrolog für Hans v. Hebra 107.
— 183. 302. 308.
Ultzmann 196. 287. 596. 598.
Unger, Gonokokken im Blute bei blennorrhoischer Polyarthritis 198.
— 199.
*Unna, P. G., Die Modifikation der Pappenheimschen Färbung auf Granoplasma 76.
— Die Geschichte des Ekzems in England im verflossenen Jahrhundert 294.
— 33. 38. 45. 48. 60. 61. 62. 63. 64. 67. 73. 74. 76. 81. 82. 83. 85. 89. 97. 102. 109. 145. 150. 164. 167. 206. 209. 210. 211. 251. 270. 271. 273. 277. 278. 282. 295. 320. 321. 323. 325. 329. 330. 336. 338. 357. 358. 363. 368. 401. 413. 414. 415. 419. 420. 423. 424. 425. 495. 506. 546. 549. 553. 579. 580.
Unverricht 49.
Urban 70.
d'Urso, Klinische Beobachtungen über Blasen- und Blasen-Urethralsteine 178.
Ustinow, Reinfectio syphilitica 488.
— 488.

Valentine 501.
Vanderlinden 206.
Varga 364.
Varges, Beiträge zur Harnkonservierung 188.
Vasiliu, Blasenstein, Incisio hypogastrica, Heilung 178.
Vedova, D. 181.
Vella, C. 282.
Venot 258.
Verchère, Über die Rolle der Lymphdrüsen bei tuberkulöser und syphilitischer Erkrankung. Therapeutische Indikationen 488.

Verhoogen, Die perineale Prostatektomie bei Hypertrophie der Vorsteherdrüse 500.
Verneuil 48.
Verrière und Rafin, Anuria calculosa 60.
Verrotti, Die Kontagiosität und Heredität der Lepra 404.
Vervaeck 487.
Vidal, Über den Gebrauch schwefelhaltiger Quellen in der Behandlung der Syphilis 583.
— 168. 206. 558. 563.
— und Le Sourd, Subcutane eitrige oder ölige, Eberthsche Bacillen enthaltende Herde, die sich im Anschluß an medikamentöse, im Verlaufe eines Typhus vorgenommene Injektionen entwickelten 54.
Vignolo-Lutati, Erster Beitrag über die Restitutio ad integrum der Haut bei Entzündungen 121.
— Erster Beitrag über die Restitutio ad integrum der Haut bei Entzündungen 327.
Vigoureux 488.
Villemin 551.
Villeneuve 162.
Villers 96.
Vincent, Syphilis und Bacillus fusiformis 446.
Virchow, R. 61. 242. 469. 524. 540.
Vlemingk 162.
Voigt 426.
Voituriez, Die Hernie der Blase 246.
Volkmann 151. 416.
Vollbracht, Zur Kasuistik der peripheren Gangrän bei Phosphorvergiftung 392.
Vollmer, E., Balneologie und Dermatologie 348.
Vues, Furunkulose des Gehörganges, auf eine akute Mittelohrentzündung folgend und eine Entzündung des Warzenfortsatzes vortäuschend 507.
Vuillemin, Trichosporum und Trichosporien 45.
Vulpius 584.

Waelsch 448. 595.
Wagner, K., und G. Kwjaskowski, Ein Fall von Herzsyphilis mit starker Erweiterung der Pulmonalarterie 448.
Waldeyer 527.
Waldheim, Haemangioendothelioma cutis papulosum 109.
Walker, G., Ein Beitrag zur Bottinischen Operation bei Prostatahypertrophie 160.
— Betrachtungen über die Bottini-Operation 163.
Walker, N. 378. 379.
Wallace 518.
Wallerstein, Über reine Cylindrurie bei künstlich erzeugter Gallenstauung 614.
Wallhauser, Zwei Fälle eines seltenen Bromausschlages 120.
*Warde, W. B., Ein Fall von multipler circumskripter Sklerodermie 419
— Der Lupus erythematosus und sein Zusammenhang mit hypertrophischer Rhinitis und Ozaena nach atrophischer Veränderung der Paukenhöhle und des Meatus auditorius externus 380.
— Bemerkungen über 15 Fälle von Lupus erythematosus 550.
Wassermann 21. 23. 24. 25. 30. 31. 196. 197. 201.
Wassmuth 42.
Weber, F. P., Ein Fall von trophischer Störung der Füße 551.
— 352. 527.
*Wechselmann, W., Über die durch Primelgift hervorgerufene Entzündung 1.
— Über Onychoschisis lamellina 233.
— 541.
Weidenfeld, St., Über den Verbrennungstod 240. 290.
Weigert 74. 110. 189. 210. 269. 414.
Weil, E., und Roger, Gutartige Gangrän der Augenlider 53.
— — Neue experimentelle Untersuchungen über Variola 398.
Weinberg, W. G., Farbeveränderung der Haare 516.
Weinstein, E., Über Psoriasis nach Impfung 459.
Weir 604.
Weissberg und Grosglik, Akute Sehnervenentzündung als eine der ersten Erscheinungen sekundärer Lues 228.
Welander, E., Drei Fälle von Strictura pharyngis syphilitica 243.
— 334. 375. 486.
Weljamowitz, Ch., Die Derivate des Formaldehyds bei Behandlung der Intertrigo, Hyperhydrosis und einigen anderen Formen von Ekzem 353.
Wenzel, F., Zur Behandlung der Phimose 129.
Werler, O., Über praktische Erfahrungen mit der Merkurkolloidbehandlung unter besonderer Berücksichtigung des chemischen Nachweises der Quecksilberausscheidungen 385.
Wermann 8.
Wertheim 341.
Westberg 419.
Westermarck 175.
Westervelt, Tripperrheumatismus 168.
Westpfahl und Uhlenhuth, Histologische und bakteriologische Untersuchungen über einen Fall von Lepra tuberosa anaesthetica mit besonderer Berücksichtigung des Nervensystems 405.

Weaton 192.
Wharton, Beiderseitige Hydrocele bei einem Säugling; Nekrose des Unterkiefers nach Masern; Phlegmone des Penis und Scrotums 136.
White, Gilbert 582.
White, J. C. 42.
Whitfield, A., Über das Auftreten von Blasen beim Lichen planus 118.
— Über das Wesen des sogenannten Erythema induratum scrophulosorum 406.
Wickham 206. 211. 512.
Widal 387.
Widmann 282.
Wiechel 389.
Wiemann, Epidermoide (Epithelcysten) mit Einschluss von Fremdkörpern 514.
Wildbolz, Zur Biologie der Gonokokken 341.
— Ablagerung von Phosphaten und Karbonaten im Haut- und Unterhautgewebe unter den klinischen Erscheinungen echter Gicht 345.
Wilde 216.
Wile 206 211.
Wilkinson 170.
Willan, R. 294. 295. 564.
Willms 362. 363.
Wilson, Erasmus 294. 295. 459. 496. 564.
Wilson, T. C., Ein Fall von Anthrax mit Infektion aus einer bisher noch nicht beschriebenen Quelle 54.
Winckler, Axel, Über Schwefelwasser und Hautkrankheiten 351.
— Über den Nutzen der Kombination von Schmierkur und Schwefelkur bei Behandlung der Syphilis 455.
Winkelmann 181. 605.
Winkler 14.
Winternitz 191. 318.
Wishard, N., Die Anwendung der Kauterisation in neuer Weise zur Beseitigung der Prostata-Obstruktion 161.
— Der Gebrauch des Kauters bei Prostataoperationen 297.
— Anwendung der Galvanokaustik zur Beseitigung der Prostatahypertrophie nach einer neuen Methode 609.
Witte 518. 520.
Wittkowski, Kommentar zu Methoden und Präparaten Schleichs 347.
Witzel 129.
Wolf, C. F. 363.
Wolff, A. 329. 331. 338. 348.
Wolff, Alfred, Ein Fall von Urethritis ohne bekannte Ätiologie 115.
— Über Mastzellen in Exsudaten. Ein Beitrag zur Frage der aktiven Lymphocytose 337.
Wolff, Alfred, und L. Michaelis, Über Granula in Lymphocyten 339.
Wolff (Oldenburg), Die neueren Erfahrungen über die Beziehungen der Syphilis zu den Nervenkrankheiten 451.
Wolters, M., Über Hautaffektionen nach dem Gebrauche von Aureol 430.
— 5.
Wood, Die verschiedenen Methoden der Impfung und ihre Resultate, nebst Empfehlung der besten Methoden 402.
Woods, Ein Fall von Lupus erythematosus, welcher durch Anwendung der Röntgenstrahlen geheilt wurde 98.
Woskressenski, Ein Fall von operativ geheilter traumatischer Harninkontinenz 244.
Wossidlo 609.
Wreden 16. 17.
Wyssokowicz und Janowsky, Ein Fall von Dermatomyositis 49.

Zambaco 405.
Zarubin 364. 368.
Zechmeister 168.
Zeckendorf, L., Teutonpräparate, ihre therapeutische Verwendung bei Seborrhoe und Effluorium capillorum 88.
— Zur Therapie der Sykosis 462.
Zenker 134.
Zenthoefer 414.
v. Zeissl, M., Behandlung des Harnröhrentrippers und seiner Komplikationen beim Manne 172.
— Lehrbuch der venerischen Krankheiten 338.
— 521.
— und G. Holzknecht, Der Blasenverschluss im Röntgenbilde 596.
Ziegler 285.
Ziehl 214. 434.
Zieler, K., Über gewebliche Einschlüsse in Plattenepithelkrebsen, vornehmlich der Haut, nebst Bemerkungen über das Krebsgerüst 425. 548.
Ziemssen 169.
Zimmern und Laquerrière, Die elektrische Behandlung der Fissura dolorosa ani 391.
Zittmann 588.
Zuckerkandl, Die Blasensteinoperationen 177.
— Über die sog. Cystitis cystica und über einen Fall von cystischem Papillom der Harnblase 433.

St,